

**IMPLIKASI DESENTRALISASI FISKAL  
TERHADAP AKABA DAN APM SD/MI DI  
KABUPATEN/KOTA PROVINSI JAWA  
TENGAH TAHUN 2007-2010**



**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1)  
pada Program Sarjana Fakultas Ekonomika dan Bisnis  
Universitas Diponegoro

Disusun Oleh :

**MAHOCCA SWANGGA PURUSA**  
**NIM. C2B008044**

**FAKULTAS EKONOMIKA DAN BISNIS**  
**UNIVERSITAS DIPONEGORO**  
**SEMARANG**  
**2012**

## **PERSETUJUAN SKRIPSI**

Nama Penyusun : Mahocca Swangga Purusa

Nomor Induk Mahasiswa : C2B 008 044

Fakultas/Jurusan : Ekonomika dan Bisnis/ Ilmu Ekonomi dan  
Studi Pembangunan

Judul Skripsi : **IMPLIKASI DESENTRALISASI FISKAL  
TERHADAP AKABA DAN APM SD/MI DI  
KABUPATEN/KOTA PROVINSI JAWA  
TENGAH TAHUN 2007-2010**

Dosen Pembimbing : Dr. H. Hadi Sasana, S.E., M.Si

Semarang, 10 Desember 2012

Dosen Pembimbing,

( Dr. H. Hadi Sasana, S.E., M.Si )  
NIP. 196901211997021001

## **PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN**

Nama Mahasiswa : Mahocca Swangga Purusa  
Nomor Induk Mahasiswa : C2B 008 044  
Fakultas/Jurusan : Ekonomika dan Bisnis/ Ilmu Ekonomi dan Studi  
Pembangunan  
Judul Skripsi : **IMPLIKASI DESENTRALISASI FISKAL  
TERHADAP AKABA DAN APM SD/MI DI  
KABUPATEN/KOTA PROVINSI JAWA  
TENGAH TAHUN 2007-2010**

**Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal 19 Desember 2012**

Tim Penguji

1. Dr. H. Hadi Sasana, S.E., M.Si (.....)
2. Johanna Maria Kodoatie, S.E., M.Ec, Ph.D (.....)
3. Evi Yulia Purwanti, S.E., M.Si (.....)

Mengetahui, 21 Desember 2012

Pembantu Dekan I,

(Anis Chariri, S.E., M.Com, Ph.D, Akt.)  
NIP. 196708091992031001

## PERNYATAAN ORSISINALITAS SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya Mahocca Swangga Purusa menyatakan bahwa skripsi dengan judul : **IMPLIKASI DESENTRALISASI FISKAL TERHADAP AKABA DAN APM SD/MI DI KABUPATEN/KOTA PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2007-2010**, adalah hasil tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulis lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan /atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin itu, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan penulis aslinya.

Apabila saya melakukan tindakan yang bertentangan dengan hal tersebut di atas, baik disengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri ini. Bila kemudian terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar sarjana dan ijazah yang telah diberikan oleh universitas batal saya terima.

Semarang, 10 Desember 2012

Yang membuat pernyataan,

( Mahocca Swangga Purusa )  
NIM : C2B008044

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Kesuksesan datang pada mereka yang menganggap rintangan sebagai tantangan, kemudian mereka berusaha, berdoa dan bersabar serta percaya akan mimpi-mimpinya dan kelak dunia akan membantu mewujudkannya.

Sungguh, orang-orang yang beriman, mengerjakan amal saleh, mendirikan shalat, dan menunaikan zakat, mereka mendapat pahala disisi Tuhan mereka. Tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati.

(Q.S Al-Baqarah: 277)

*Skripsi ini dipersembahkan untuk Bapak dan Ibu,  
Atas semua doa dan cahaya cinta serta kasih sayang yang tak pernah padam  
menerangi kehidupan penulis.*

## ABSTRAK

Pelaksanaan otonomi daerah melalui desentralisasi fiskal diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan publik. *Outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan merupakan salah satu ukuran yang dapat digunakan untuk melihat kualitas pelayanan publik. *Outcomes* bidang kesehatan dapat dilihat melalui angka kematian balita (AKABA), sedangkan *outcomes* bidang pendidikan dapat dilihat melalui angka partisipasi murni (APM) SD/MI.

Penelitian ini bertujuan untuk menguji secara empiris pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian balita (AKABA) dan angka partisipasi murni (APM) SD/MI di kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah. Jenis data dalam penelitian ini berupa data panel menggunakan metode analisis dengan pendekatan *fixed effect model* (FEM). Data panel dalam penelitian ini mencakup 35 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah, dalam periode 2007 sampai dengan 2010.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa desentralisasi fiskal berpengaruh secara negatif signifikan terhadap angka kematian balita dan positif signifikan terhadap angka partisipasi murni SD/MI. Desentralisasi fiskal mampu menurunkan angka kematian balita sebesar 31,8 per-1.000 kelahiran hidup, meningkatkan angka partisipasi murni SD/MI sebesar 0,05 persen setiap kenaikan 1 persen derajat desentralisasi fiskal.

Kata kunci : Desentralisasi fiskal, angka kematian balita (AKABA), angka partisipasi murni (APM) SD/MI, data panel, model efek tetap.

## **ABSTRACT**

*Implementation of the regional autonomy through fiscal decentralization is expected to improve the quality of public services. Health and education Outcomes is one measure that can be used to view the quality of public services. Health Outcomes can be seen through the toddler mortality rate (AKABA), whereas educational outcomes can be seen through pure participation rate (APM) SD/MI.*

*This study aims to examine empirically the influence of fiscal decentralization to the toddler mortality rate (AKABA) and pure participation rate (APM) SD/MI in counties/cities Central Java Province. The type of data in this research is panel data using analysis methods with the approach of the fixed effect model (FEM). Panel data in this study covers 35 counties/cities in Central Java province, in the period 2007 to 2010.*

*The result of this study shows that the fiscal decentralization had significantly negative impact on toddler mortality rate and significant positive to pure participation rate SD/MI. Fiscal decentralization is able to reduce the toddler mortality rate as much as 31,8 per 1.000 live births, increase pure participation rate SD/MI as much as 0.05 percent every 1 percent increase in the degree of fiscal decentralization.*

*Keywords : Fiscal decentralization, toddler mortality rate (AKABA), pure participation rate (APM) SD/MI, panel data, fixed effect model*

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Allah S.W.T., atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Implikasi Desentralisasi Fiskal Terhadap AKABA dan APM SD/MI di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2010”.

Penulisan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam mencapai gelar sarjana ekonomi pada Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro. Penulis menyadari bahwa skripsi ini merupakan sebuah karya yang tidak mungkin terselesaikan dengan baik tanpa bimbingan, petunjuk, saran, nasihat, motivasi, semangat dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Allah S.W.T., atas segala limpahan berkah, taufiq, hidayah serta inayah-Nya yang telah memberikan kekuatan kepada penulis sehingga atas ijin-Nya skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
2. Prof. Drs H. Mohammad Nasir M.Si, Akt, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
3. Ibu Johanna Maria Kodoatie, S.E., M.Ec, Ph.D, selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
4. Bapak Dr. H. Hadi Sasana, S.E., M.Si, selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, memberikan arahan, nasihat dan bimbingan tiada henti agar penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.



5. Ibu Nenek Woyanti, S.E., M.Si, selaku dosen wali terimakasih atas segala bimbingan dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan di Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
6. Bapak dan Ibu dosen jurusan IESP Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro atas ilmu pengetahuan yang telah diajarkan kepada penulis serta pengalaman tak ternilai yang didapatkan penulis.
7. Ayahanda tercinta Drs. Agus Riyanto dan ibunda tercinta Dra. Putri Agus Wijayati, M.Hum. yang telah memotivasi penulis dengan kalimat tanya dan selalu memberikan doa, semangat, kesabaran, rasa kasih sayang dalam mendidik penulis serta menjadi tempat berbagi dalam suka maupun duka.
8. Adik-adik tercinta: Ghrena Sistha Anggani dan Maharamnya Karuna Anggani yang tiada henti dalam memberikan dorongan, keceriaan, semangat untuk penulis agar segera menyelesaikan studi S1.
9. Adik Fitria Majid, S.E. yang senantiasa menemani dan mendukung perjalanan penulis dalam menyusun skripsi serta telah memberikan rona warna yang berbeda dalam kehidupan penulis.
10. Sahabat-sahabat terbaikku: Rio Satriyo T., Nanda Yan P., Dicky Wahyudi, Nailul Huda, Ardhika Sukmasakti H., Azhar Putera K., Nigo Nurdiansyah, Albertus Ferry R.A., Noval Akhmad H., Taufiq Bagus P., Syamsuddin Umar, Indah Fitri P., Lintangia Fajar A., Marita Praba P., Nurul Maulidya L., Arcnetha Danar P., Nadia R., Bella Aldida, Hera Pradipta P., Benedictus Riandoko, Niken Agustin yang telah memberikan semangat, petualangan,

dukungan dan saling bertukar pikiran. Semoga tali silaturahmi kita tidak terputus dan kekal selamanya. Amien.

11. Teman –teman Tim KKN II Kertosari Kecamatan Jumo, Temanggung tercinta : Sriyatun, Fita Hayuningtyas, Parafitra Fidiasari, Afry Rachmat, Ade Idra S., Mas Wahyu Setia P., Novika Mila Parametha, Angela Merici S.M., Susi Ekawati, Dyah Tri H. Sebuah Kertosari sebuah cerita, semoga kekompakan dan persahabatan kita kekal abadi. Amien.
12. Teman-teman Jurusan IESP 2008, mohon maaf tidak dapat saya sebutkan berupa untaian kata satu persatu karena rangkaian kata tidaklah cukup untuk menggambarkan perjuangan, kisah suka dan duka kita dalam laskar “IESP Ceria 2008” selama di bangku kuliah, semoga kita semua selalu kompak dan persahabatan kita tidak akan pupus ditelan waktu.
13. Staf dan karyawan Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro atas bantuannya selama penulis menimba ilmu di FEB UNDIP.
14. Kawan-kawan, Bapak, Ibu yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu penulis, yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Akhir kata, penulis berharap penelitian ini dapat bermanfaat serta menambah pengetahuan bagi semua pihak yang berkepentingan dan khasanah ilmu pengetahuan yang terkait dalam topik ini. Terimakasih.

Semarang, 10 Desember 2012  
Penulis

Mahocca Swangga Purusa

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
PERSETUJUAN SKRIPSI .....	ii
PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN .....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI .....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
ABSTRAK .....	vi
ABSTRACT .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	26
1.3. Tujuan dan Kegunaan Penelitian .....	28
1.4. Sistematika Penulisan.....	29
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	31
2.1 Landasan Teori .....	31
2.1.1 Teori Otonomi Daerah dan Desentralisasi Fiskal .....	31
2.1.1.1 Teori Otonomi Daerah.....	31
2.1.1.2 Desentralisasi Fiskal.....	32
2.1.2 Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.....	34
2.1.2.1 Belanja Daerah .....	34
2.1.3 Fungsi Fiskal Dalam Kebijakan Publik .....	35
2.1.4 Teori Pengeluaran Pemerintah .....	37
2.1.4.1 Kebijakan Fiskal.....	37
2.1.4.2 Pengeluaran Pemerintah Secara Mikro.....	39
2.1.4.3 Pengeluaran Pemerintah Secara Makro .....	39
2.1.5 Klasifikasi Pengeluaran Pemerintah.....	44
2.1.6 Desentralisasi Kesehatan .....	45
2.1.7 Desentralisasi Pendidikan .....	47
2.1.8 Rencana Strategis Kesehatan .....	49
2.1.9 Rencana Strategis Pendidikan.....	52
2.1.10 Pengukuran Kinerja, <i>Outcome</i> dan Indikator Dalam Bidang Kesehatan dan Pendidikan .....	53
2.1.10.1 Indikator Kesehatan.....	54
2.1.10.2 Indikator Pendidikan .....	57
2.1.11 Hubungan Desentralisasi Fiskal Dengan <i>Outcomes</i> Bidang Kesehatan dan Pendidikan .....	59
2.1.12 Hubungan PDRB Perkapita Dengan <i>Outcomes</i> Bidang Kesehatan dan Pendidikan .....	61

2.1.13 Hubungan Pelayanan Kesehatan Dengan <i>Outcomes</i> Bidang Kesehatan .....	63
2.1.14 Hubungan Sumberdaya Kesehatan Dengan <i>Outcomes</i> Bidang Kesehatan.....	64
2.1.15 Hubungan Rasio Murid Per Guru dan Jumlah Tenaga Pengajar Dengan <i>Outcomes</i> Bidang Pendidikan.....	66
2.2 Penelitian Terdahulu .....	68
2.3 Kerangka Pemikiran.....	78
2.4 Hipotesis .....	80
BAB III METODE PENELITIAN.....	82
3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel .....	82
3.1.1 Variabel Penelitian .....	82
3.1.2 Definisi Operasional Variabel.....	83
3.2 Jenis dan Sumber Data .....	86
3.2.1 Jenis Data .....	86
3.2.2 Sumber Data.....	87
3.3 Metode Pengumpulan Data .....	87
3.4 Metode Analisis .....	87
3.4.1 Alat Analisis.....	87
3.4.2 <i>Common Effect</i> .....	90
3.4.3 <i>Fixed Effect Model</i> .....	91
3.4.4 <i>Random Effect Model</i> .....	91
3.4.5 <i>Redundant Fixed Effects Tests</i> .....	92
3.4.6 Uji Hausman .....	92
3.4.7 Deteksi Penyimpangan Asumsi Klasik.....	93
3.5 Metode Pengujian Hipotesis .....	96
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	99
4.1 Deskripsi Objek Penelitian .....	99
4.1.1 Deskripsi Keadaan Ekonomi.....	101
4.1.2 Realisasi Pengeluaran Pemerintah .....	103
4.1.3 Deskripsi Variabel Penelitian .....	105
4.2 Analisis Data.....	123
4.2.1 Pengujian Model .....	123
4.2.1.1 <i>Redundant Fixed Effects Tests</i> .....	124
4.2.1.2 Uji Hausman .....	125
4.2.2 Deteksi Penyimpangan Asumsi Klasik.....	127
4.2.3 Uji Signifikansi .....	132
4.3 Interpretasi Hasil.....	137
BAB V PENUTUP .....	145
5.1 Kesimpulan.....	145
5.2 Keterbatasan dan Saran .....	146
DAFTAR PUSTAKA .....	148
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	153

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Laju Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto .. Atas Dasar Harga Konstan 2000 Menurut Provinsi .....	10
Tabel 1.2 PDRB Perkapita Atas Dasar Harga Berlaku Menurut Kabupaten/Kota Jawa Tengah Tahun 2006-2010.....	18
Tabel 4.1 Luas Wilayah dan Jumlah Penduduk Tahun 2007-2010 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah .....	100
Tabel 4.2 Nilai PDRB Atas Dasar Harga Konstan 2000 Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2010 .....	101
Tabel 4.3 Realisasi Pengeluaran Pemerintah Daerah dan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2010 .....	104
Tabel 4.4 Persentase Pengeluaran Pemerintah Daerah Terhadap Pengeluaran Pemerintah Provinsi Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah.....	106
Tabel 4.5 Perkembangan PDRB Perkapita Atas Dasar Harga Berlaku Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah.....	108
Tabel 4.6 Angka Kematian Balita Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah.....	110
Tabel 4.7 Perkembangan Persentase Persalinan yang Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah .....	113
Tabel 4.8 Perkembangan Rasio Dokter Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah.....	115
Tabel 4.9 Angka Partisipasi Murni SD/MI Kabupaten Kota di Provinsi Jawa Tengah.....	117
Tabel 4.10 Perkembangan Rasio Murid Per Guru SD/MI Kabupaten/Kota. di Provinsi Jawa Tengah.....	119
Tabel 4.11 Perkembangan Jumlah Guru SD/MI Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah.....	122
Tabel 4.12 <i>Redundant Fixed Effects Tests</i> Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap AKABA .....	124
Tabel 4.13 <i>Redundant Fixed Effects Tests</i> Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap APM SD/MI.....	125
Tabel 4.14 <i>Hausman Test</i> Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap AKABA .....	126
Tabel 4.15 <i>Hausman Test</i> Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap APM SD/MI.....	126
Tabel 4.16 <i>White Test</i> Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap AKABA..	127
Tabel 4.17 <i>White Test</i> Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap APM SD/MI.....	127
Tabel 4.18 Korelasi Antar Variabel Dependen dan Independen . Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap AKABA .....	131
Tabel 4.19 Korelasi Antar Variabel Dependen dan Independen . Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap APM SD/MI.....	132

Tabel 4.20	Ringkasan Hasil Estimasi Menggunakan <i>Fixed Effect Model</i> (Variabel Dependen= AKABA).....	134
Tabel 4.21	Ringkasan Hasil Estimasi Menggunakan <i>Fixed Effect Model</i> (Variabel Dependen= LNAPMSD) .....	137

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Dana Perimbangan Provinsi di Indonesia Tahun 2007-2011 ...	4
Gambar 1.2 Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan dan Pendidikan . di Indonesia Tahun 2007-2011 .....	7
Gambar 1.3 Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Sektor Kesehatan . Terhadap Total Belanja di Indonesia Tahun 2007-2011 .....	8
Gambar 1.4 Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Sektor Pendidikan Terhadap Total Belanja di Indonesia Tahun 2007-2011 .....	9
Gambar 1.5 Pengeluaran Pemerintah daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2011 .....	12
Gambar 1.6 Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan dan Pendidikan . Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2011 .....	13
Gambar 1.7 Angka Kematian Balita di Provinsi Jawa Tengah Tahun.. 2006-2010.....	16
Gambar 1.8 Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan . Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006-2011 .....	19
Gambar 1.9 Rasio Dokter Per 100.000 Penduduk di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006-2010.....	20
Gambar 1.10 Angka Partisipasi Murni SD/MI Provinsi Jawa Tengah . Tahun 2006-2010.....	21
Gambar 1.11 Rasio Murid Per Guru SD/MI dan SMP/MTs Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006-2010.....	22
Gambar 1.12 Jumlah Guru SD/MI Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2010	23
Gambar 2.1 Teori Peacock dan Wiseman .....	41
Gambar 2.2 Pertumbuhan Pengeluaran Pemerintah Menurut Wagner .....	42
Gambar 2.3 Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah.....	43
Gambar 2.4 Kerangka Pemikiran Teoritis.....	80
Gambar 4.1 Hasil Uji Jarque-Bera Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap AKABA .....	130
Gambar 4.2 Hasil Uji Jarque-Bera Pengaruh Desentralisasi Fiskal Terhadap APMSD/MI .....	130
Gambar 4.3 Perkembangan Bantuan Operasional Sekolah di Jateng .....	143

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A Data Mentah.....	153
Lampiran B Hasil Regresi Persamaan Struktural 1 : Kesehatan.....	158
Lampiran C Hasil Regresi Persamaan Struktural 2 : Pendidikan .....	163



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Ketika arus transformasi yang berlangsung begitu cepat dan batas-batas wilayah negara bukan merupakan halangan untuk menerima berbagai perubahan serta perkembangan yang dinamis dari arus globalisasi, dimana perubahan dan perkembangan yang berdampak pada segi penyelenggaraan negara, ekonomi, politik, sosial dan kebudayaan. Indonesia adalah salah satu negara yang terkena dampak globalisasi pada segi penyelenggaraan pemerintahan. Perubahan penyelenggaraan pemerintahan yang dimaksud adalah pola hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Kemudian perubahan pola hubungan tersebut menghasilkan asas otonomi daerah yang ditandai dengan diberlakukannya UU No. 22 tahun 1999 dan UU No. 25 tahun 1999 tentang perimbangan keuangan pemerintah pusat dan daerah, dimana UU tersebut memberikan kewenangan kepada daerah untuk menjalankan otonomi seluas-luasnya dalam mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan.

Tercatat pada tanggal 1 Januari 2001 Indonesia telah memasuki era baru yang sangat fundamental dalam pengelolaan pemerintahan. Proses pelaksanaannya juga diikuti dengan berbagai penyempurnaan terhadap UU No. 22 tahun 1999 dan UU No. 25 tahun 1999 pada tahun 2004 dengan dikeluarkannya UU otonomi daerah yang baru, yakni UU No. 32 tahun 2004 mengganti UU No. 22 tahun 1999 dan UU No. 33 tahun 2004 mengganti UU No. 25 tahun 1999. Hal ini ditandai dengan adanya otonomi daerah sebagai wujud dari diberlakukannya

desentralisasi, dimana telah terjadi penataan ulang hubungan secara vertikal yakni antara pemerintah Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan horizontal di tingkat pusat (Eksekutif, Legislatif, Yudikatif) maupun di tingkat daerah (pemerintah daerah dengan DPRD baik di Provinsi maupun di Kabupaten/Kota) (Hirawan, 2007). Undang-undang No. 32 tahun 2004 tentang “Pemerintahan Daerah” menyebutkan bahwa otonomi daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Otonomi daerah dan desentralisasi sebelum tahun 2001 sudah lama diterapkan di sistem pemerintahan Indonesia. Keadaan tersebut dapat diketahui dari diterbitkannya UU No. 5 tahun 1974 yang kemudian diganti menjadi UU No. 22 tahun 1999 dan pada akhirnya disempurnakan menjadi UU No. 32 tahun 2004, karena UU No. 22 tahun 1999 menimbulkan berbagai macam permasalahan dalam sektor administrasi pemerintahan terutama masalah penganggaran daerah (APBD). Dari penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa pemerintah Indonesia terus mereformasi sistem pengelolaan pemerintahan sebagai jawaban dari tantangan di era globalisasi yang bertujuan untuk memperkuat basis perekonomian daerah. Undang-undang No. 32 tahun 2004 tentang “Pemerintahan Daerah” menyebutkan bahwa desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Istilah daerah otonom dimaksudkan agar daerah yang bersangkutan dapat berkembang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki pada tiap daerah agar

tidak bergantung pada pemerintah pusat, oleh karena itu daerah otonom harus mempunyai kemampuan sendiri dalam mengurus dan mengatur rumah tangganya sendiri melalui sumber-sumber pendapatan yang dimiliki (Dewi, 2002).

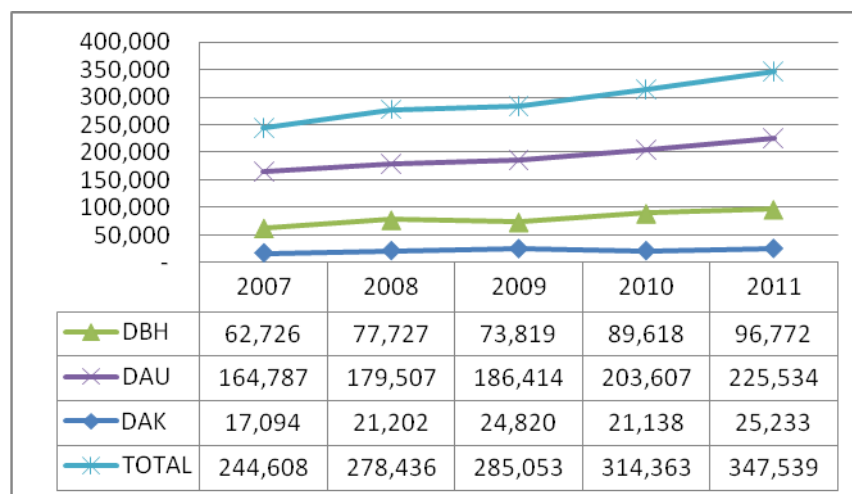
Pada dasarnya UU No. 32 tahun 2004 dikeluarkan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan pemerintahan daerah dengan memperhatikan hubungan antar susunan pemerintahan dan antar pemerintahan daerah karena tiap daerah memiliki potensi berupa sumber daya alam (SDA) dan sumber daya manusia (SDM) yang beraneka ragam. Lalu muncul permasalahan yang kompleks antar pemerintah daerah dalam hal pendanaan biaya pembangunan, karena tiap daerah tidak cukup untuk memenuhi biaya pembangunan jika hanya mengandalkan sumber keuangan melalui Pendapatan Asli Daerah (PAD). Lalu pemerintah mengeluarkan UU No. 33 tahun 2004 untuk mengurangi ketimpangan dalam hal pendanaan biaya pembangunan serta mengurangi ketimpangan fiskal vertikal (pemerintah pusat dengan pemerintah daerah) yang berisi tentang dana perimbangan yang bersumber dari APBN yang terdiri atas Dana Bagi Hasil (DBH), Dana Alokasi Umum (DAU), dan Dana Alokasi Khusus (DAK). UU No. 33 tahun 2004 tentang “Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah” menyebutkan bahwa Ketiga komponen dalam Dana Perimbangan merupakan sistem transfer dana dari pemerintah serta merupakan satu kesatuan utuh. Sedangkan PAD merupakan pendapatan daerah yang bersumber dari hasil pajak daerah, hasil retribusi daerah, hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan, dan lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan tujuan untuk memberikan keleluasaan kepada daerah

dalam menggali pendanaan dalam pelaksanaan otonomi daerah sebagai perwujudan atas desentralisasi.

Akpan (2011) menyatakan bahwa desentralisasi fiskal dipercaya membawa pengaruh positif pada efisiensi pemerintahan dan pelayanan publik. Landasan dari pelaksanaan desentralisasi adalah untuk memenuhi tujuan demokratisasi yaitu untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat. Artinya, kebijakan desentralisasi ini dimaksudkan untuk proses pengambilan keputusan publik yang demokratis dan memberikan pelayanan kepada masyarakat yang jauh lebih baik (Hirawan, 2007).

Seperti yang telah dikatakan sebelumnya, dana perimbangan berfungsi untuk mengurangi ketimpangan dalam hal pendanaan, oleh karena itu dana perimbangan memiliki kontribusi yang besar kepada anggaran penerimaan. Berikut ini akan disajikan data perkembangan penganggaran dana perimbangan mulai dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011.

**Gambar 1.1**  
**Dana Perimbangan Provinsi di Indonesia Tahun 2007-2011**  
**(dalam Miliar Rupiah)**



Sumber: [www.bi.go.id](http://www.bi.go.id), 2012, diolah

Berdasarkan pada Gambar 1.1, dapat dilihat bahwa penganggaran untuk dana perimbangan mengalami peningkatan dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011. Pada tahun 2007, pemerintah pusat memberikan dana perimbangan sebesar 244.608 miliar rupiah. Jumlah tersebut terus bertambah, hingga pada tahun 2011 berada pada angka 347.359 miliar rupiah, angka ini merupakan angka yang besar bila dibandingkan dengan tahun anggaran 2007 untuk dana perimbangan atau bisa dikatakan mengalami peningkatan sebesar 29,6 persen. Meskipun penganggaran dana perimbangan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, namun perlu dicermati bahwa pada tahun 2009 memiliki kecenderungan menurun yakni sebesar 10 persen atau hanya mengalami peningkatan sebesar 2 persen, lalu pada tahun selanjutnya memiliki kecenderungan yang semakin menaik pada tahun 2010 menjadi 9 persen dan tahun 2011 menjadi 10 persen.

Keadaan penganggaran dana perimbangan yang menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun dimaksudkan untuk mendukung pendanaan atas penyerahan urusan kepada pemerintah daerah agar dapat mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat sebagai wujud dari pelaksanaan desentralisasi. Hirawan (2007) menjelaskan observasi mengenai kebijakan desentralisasi yang dilakukan di berbagai belahan dunia menemukan pemicu dilakukannya kebijakan tersebut adalah untuk memperoleh pelayanan publik yang lebih baik. Pelayanan publik seperti kesehatan dan pendidikan yang nantinya diharapkan dapat meningkatkan kapasitas modal manusia. Suparmoko (2002) mengatakan bahwa faktor yang sangat menentukan keberhasilan pembangunan suatu negara bukanlah tersedianya faktor produksi yang cukup, melainkan justru terletak pada manusianya atau

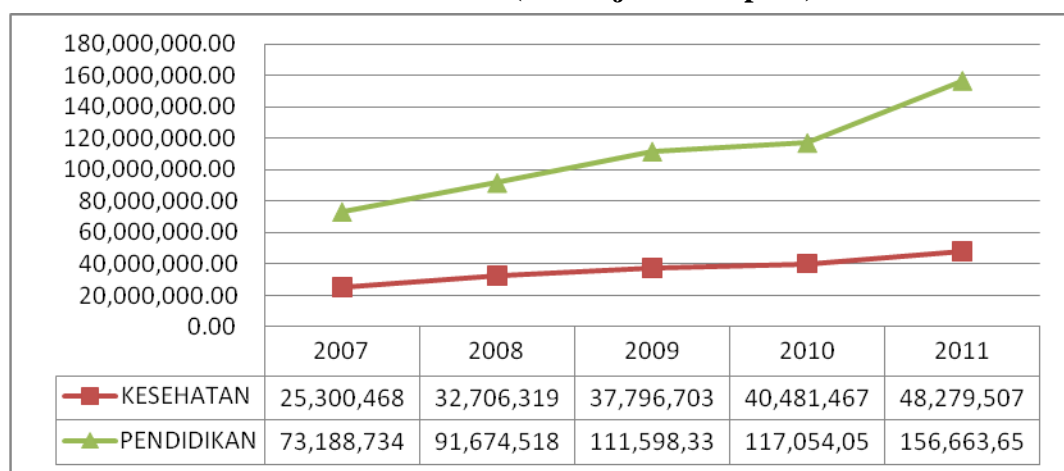
sumberdaya manusianya. Sehingga, apabila seseorang memiliki pendidikan dan kesehatan yang memadai atau baik, maka orang tersebut berkesempatan untuk bekerja dan dapat meningkatkan pendapatannya. Pada nantinya peningkatan pendapatan yang diterima oleh masyarakat diharapkan dapat memberikan dampak pada peningkatan kesejahteraan masyarakat. Menurut Todaro (2006), kesehatan merupakan inti dari kesejahteraan, dan pendidikan adalah hal yang pokok untuk menggapai kehidupan yang memuaskan dan berharga; keduanya adalah hal yang fundamental untuk membentuk kemampuan manusia yang lebih luas yang berada pada inti makna pembangunan.

Pada era desentralisasi saat ini, kewenangan untuk menyediakan layanan pendidikan dan kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah daerah, sehingga efektivitas tercapainya tujuan untuk peningkatan modal manusia terletak pada dukungan pemerintah daerah dalam cakupan penganggaran untuk investasi di sektor pendidikan dan kesehatan. Karena investasi di sektor pendidikan dan kesehatan memiliki keterkaitan dan berhubungan satu sama lain. Hal tersebut dapat terjadi karena masyarakat yang memiliki kesehatan baik dalam artian gizi yang memadai untuk mendukung proses daya pikir seseorang guna mengembangkan potensi yang ada pada seseorang, maka akan menciptakan sumber daya manusia yang cerdas dan sehat. Sehingga mampu menelurkan masyarakat yang tangguh, unggul, berdaya saing tinggi yang pada nantinya dapat menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas.

Begitu pentingnya pengeluaran di sektor kesehatan dan pendidikan untuk meningkatkan kapasitas modal manusia dan pada akhirnya dapat meningkatkan

kesejahteraan masyarakat. Pengeluaran untuk sektor kesehatan maupun pendidikan di Indonesia menunjukkan peningkatan dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011. Berikut ini akan disajikan data pengeluaran sektor kesehatan dan pendidikan mulai dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011.

**Gambar 1.2**  
**Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan dan Pendidikan di Indonesia**  
**Tahun 2007-2011 (dalam jutaan rupiah)**



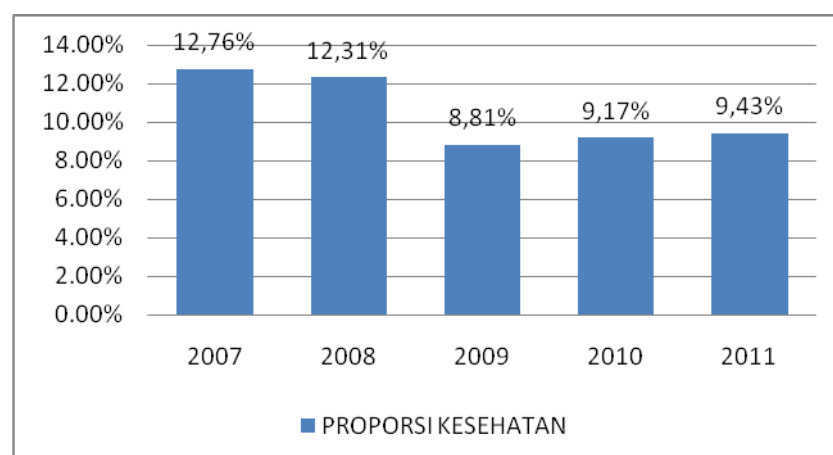
Sumber: [www.djpk.depkeu.go.id](http://www.djpk.depkeu.go.id), 2012, diolah

Berdasarkan Gambar 1.2, dapat dilihat bahwa dari tahun ke tahun baik pengeluaran untuk kesehatan maupun pendidikan mengalami peningkatan. Pengeluaran untuk sektor kesehatan pada tahun 2008 meningkat sebesar 29,27 persen, tetapi persentase penambahan pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan pada tahun 2009 dan 2010 mengalami penurunan, hal tersebut ditunjukkan dengan peningkatan yang hanya sebesar 15,56 persen dan 7,10 persen. Selanjutnya untuk tahun 2011 meningkat sebesar 19,26 di angka 48.279.507 (jutaan rupiah), tetapi peningkatan tersebut lebih kecil dibanding dengan peningkatan tahun 2008. Keadaan tersebut juga terjadi pada sektor pendidikan yang mengalami peningkatan pengeluaran sebesar 25,26 persen, tetapi

untuk tahun 2009 dan 2010 persentase penambahan pengeluaran sektor pendidikan mengalami penurunan sebesar 21,73 persen dan 4,89 persen. Selanjutnya penambahan pengeluaran pemerintah di sektor pendidikan pada tahun 2011 mengalami peningkatan yang cukup besar sebesar 33,84 persen.

Dari angka pada Gambar 1.2 dapat diketahui bahwa ada usaha serius yang dilakukan pemerintah untuk memajukan pelayanan publik di sektor kesehatan dan pendidikan. Selain angka pengeluaran sektor kesehatan dan pendidikan, perlu diketahui juga proporsi atau persentase pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan pendidikan terhadap total belanja. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah pengalokasian anggaran sektor kesehatan dan pendidikan sudah sesuai dengan UU No. 23 tahun 2003 tentang pengalokasian anggaran minimal 15% dari APBD untuk sektor kesehatan dan 20% untuk sektor pendidikan.

**Gambar 1.3**  
**Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Sektor Kesehatan**  
**Terhadap Total Belanja di Indonesia**  
**Tahun 2007-2011**



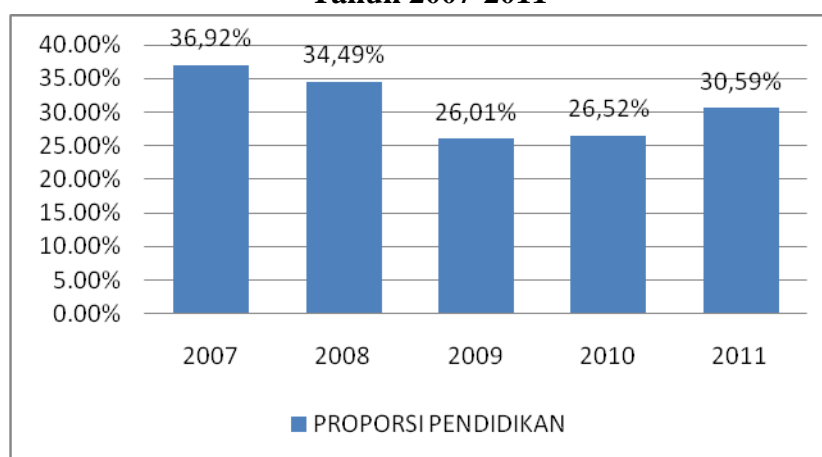
Sumber: [www.djpk.depkeu.go.id](http://www.djpk.depkeu.go.id), 2012, diolah



Data pada Gambar 1.4, menunjukkan bahwa penganggaran yang dilakukan oleh pemerintah daerah belum dilaksanakan sesuai dengan UU No.23 tahun 2003. Persentase pengeluaran pemerintah pusat untuk sektor kesehatan dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011 masih dibawah angka 15%. Persentase pengeluaran tertinggi pada sektor kesehatan terjadi pada tahun 2007 sebesar 12,76% dan terendah pada tahun 2009 sebesar 8,81% dari total belanja, tetapi pada tahun 2010 dan 2011 terjadi peningkatan persentase pengeluaran sektor kesehatan dengan rata-rata peningkatan sebesar 0,31%.

Sedangkan persentase pengeluaran sektor pendidikan terhadap total belanja dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011 ditunjukkan oleh Gambar 1.5

**Gambar 1.4**  
**Persentase Pengeluaran Pemerintah Untuk Sektor Pendidikan**  
**Terhadap Total Belanja di Indonesia**  
**Tahun 2007-2011**



Sumber: [www.djpk.depkeu.go.id](http://www.djpk.depkeu.go.id), 2012, diolah

Data pada Gambar 1.5, menunjukkan persentase yang cukup besar dimana sebagian besar dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011 berada pada angka diatas 20%. Hal ini menandakan persentase pengeluaran sektor pendidikan dilaksanakan oleh pemerintah daerah sudah sesuai dengan UU No.23 tahun 2003

minimal 20% dari APBD. Dengan persentase pengeluaran sektor pendidikan terhadap total belanja yang tertinggi sebesar 36,92% pada tahun 2007 dan terendah pada tahun 2009 sebesar 26,01%. Jika dicermati persentase pengeluaran sektor kesehatan dan pendidikan memiliki tren kecenderungan yang sama yaitu tertinggi pada tahun 2007 lalu menurun sampai tahun 2009 dan pada akhirnya meningkat sampai tahun 2011.

Pulau Jawa memiliki laju pertumbuhan PDRB yang tergolong cukup tinggi mulai dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2010 dengan rata-rata laju pertumbuhan sebesar 6,02%. Dari penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa perekonomian yang berada di Pulau Jawa memiliki laju pertumbuhan yang baik, hal tersebut tentu tidak lepas dari peran serta pemerintah dalam pembangunan modal manusia. Berikut ini akan disajikan data laju pertumbuhan PDRB atas dasar harga konstan 2000 menurut provinsi mulai dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2010.

**Tabel 1.1**  
**Laju Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto**  
**Atas Dasar Harga Konstan 2000 Menurut Provinsi (persen)**

PROVINSI	TAHUN				
	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Sumatera</b>	5,26	4,96	4,98	3,5	5,49
<b>Jawa</b>	5,78	6,19	7,03	4,81	6,3
<b>Bali</b>	5,28	5,92	10,27	5,33	5,83
<b>Kalimantan</b>	3,8	3,51	5,2	3,35	5,26
<b>Sulawesi</b>	6,85	6,88	9,37	6,89	8,08
<b>Nusa Tenggara, Maluku, Papua</b>	4,03	5,06	2,55	12,74	5,17

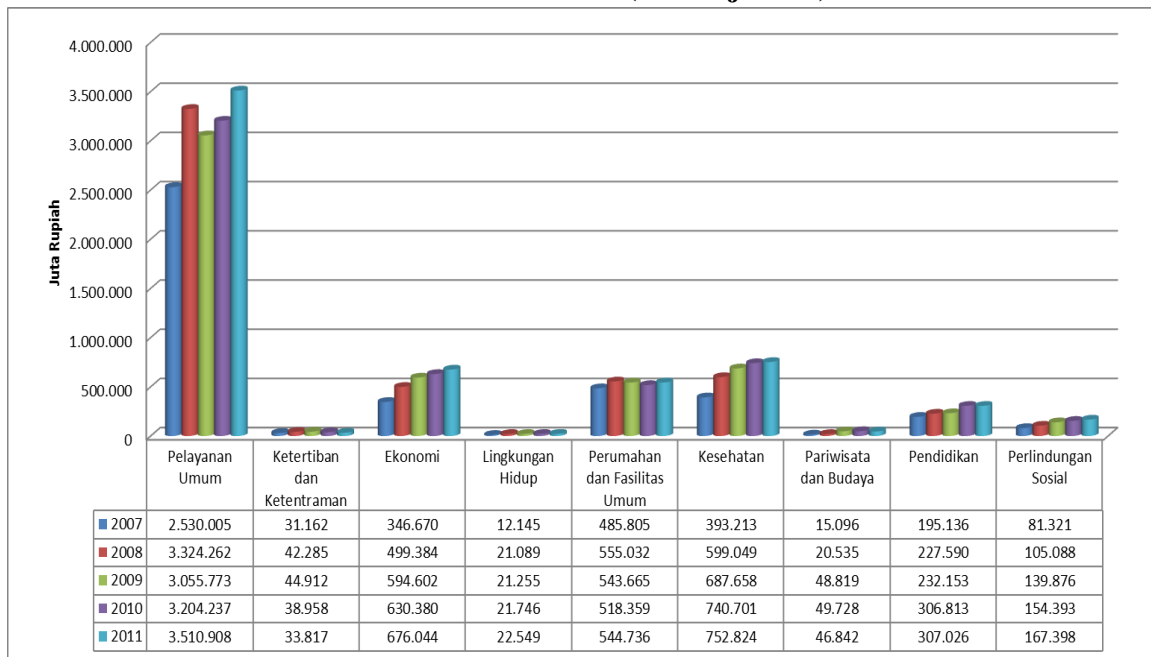
Sumber: [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id), 2012, diolah

Provinsi Jawa Tengah merupakan daerah yang memiliki fokus dalam pembangunan modal manusia, hal ini dapat diketahui dari visi pembangunan

daerah tahun 2005 sampai dengan tahun 2025 yaitu “Jawa Tengah yang Mandiri, Maju, Sejahtera, dan Lestari”. Penjabaran dari tujuan utama pembangunan di Provinsi Jawa Tengah ini tertuang dalam RPJPD (Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah) Jawa Tengah Tahun 2005-2025. Penjelasan dari kata sejahtera yang tertuang dalam visi pembangunan daerah Provinsi Jawa Tengah memiliki muatan substansi filosofis yaitu konsep sejahtera menunjukkan kemakmuran suatu masyarakat, masyarakat dalam artian disini adalah masyarakat yang terpenuhi kebutuhan ekonomi (materiil) maupun sosial (spiritual). Dengan kata lain kebutuhan dasar masyarakat telah terpenuhi secara lahir batin secara adil dan merata. Visi pembangunan daerah dapat dicapai melalui misi, salah satu misi dalam pembangunan daerah Provinsi Jawa Tengah adalah mewujudkan sumber daya manusia dan masyarakat Jawa Tengah yang berkualitas, beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, cerdas, sehat, serta berbudaya.

Untuk mewujudkan masyarakat Provinsi Jawa Tengah yang sejahtera baik materiil maupun spiritual, pemerintah Provinsi Jawa Tengah telah memfokuskan pengeluaran pemerintah daerah pada sektor-sektor strategis untuk peningkatan kapasitas modal manusia seperti kesehatan dan pendidikan. Kebijakan tersebut dapat dilihat dari prioritas pembangunan modal manusia yang berada pada pengeluaran pemerintah terhadap sektor kesehatan dan pendidikan terhadap belanja daerah selama periode 2007 sampai dengan 2011. Secara ringkas pengeluaran pemerintah daerah dapat dilihat dalam Gambar 1.6.

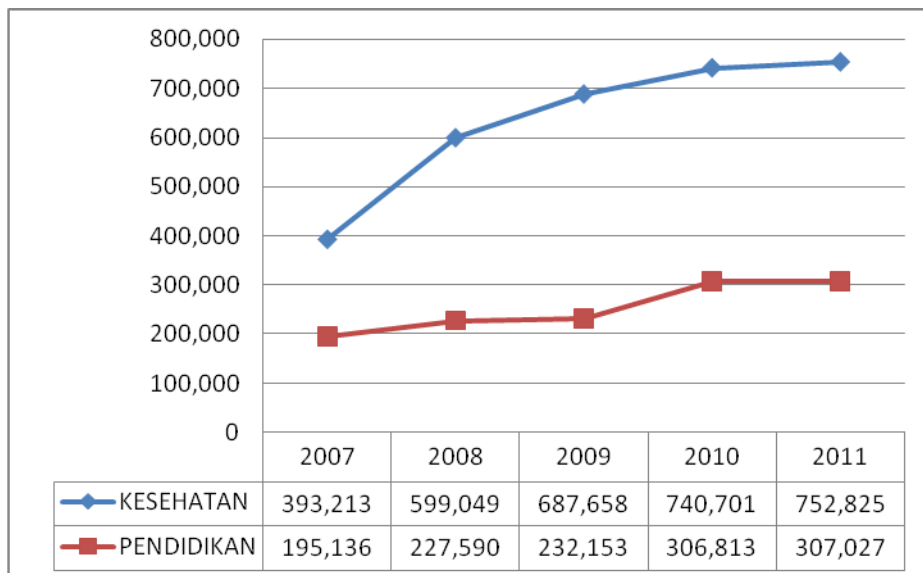
**Gambar 1.5**  
**Pengeluaran Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah**  
**Tahun 2007-2011 (dalam jutaan)**



Sumber: [www.djpk.depkeu.go.id](http://www.djpk.depkeu.go.id), 2012, diolah

Data pada Gambar 1.6 menunjukkan bahwa keseriusan pemerintah untuk membangun modal manusia dengan menempatkan pengeluaran untuk sektor kesehatan dan pendidikan pada urutan kedua dan kelima. Untuk mengetahui lebih pasti jumlah yang dikeluarkan pemerintah untuk sektor kesehatan dan pendidikan, maka berikut ini akan disajikan data pengeluaran sektor kesehatan dan pendidikan di Provinsi Jawa Tengah mulai dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2011.

**Gambar 1.6**  
**Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan dan Pendidikan**  
**Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007-2011 (dalam jutaan rupiah)**



Sumber: [www.djpk.depkeu.go.id](http://www.djpk.depkeu.go.id), 2012, diolah

Berdasarkan Gambar 1.7 dapat dilihat bahwa dari tahun ke tahun baik pengeluaran untuk kesehatan maupun pendidikan mengalami peningkatan. Meskipun nominal pengeluaran pada sektor kesehatan meningkat tiap tahun, tetapi persentase penambahan dari tahun 2008 sampai 2011 menunjukkan penurunan, dimana yang terbesar pada tahun 2008 sebesar 52,35 persen dan terkecil berada pada tahun 2011 sebesar 1,64 persen. Berbeda dengan sektor pendidikan yang memiliki persentase penambahan yang berfluktuatif dari tahun 2008 sampai 2011 dengan persentase penambahan terbesar terjadi pada tahun 2010 sebesar 32,16 persen dan terkecil berada pada tahun 2011 sebesar 0,07 persen.

Dapat diketahui persentase penambahan pengeluaran baik untuk sektor kesehatan maupun pendidikan tidak menunjukkan peningkatan tiap tahun, tetapi jumlah pengeluaran pemerintah yang ditunjukkan oleh Gambar 1.7 bertambah

dari tahun 2007 sampai 2011, maka dari angka tersebut dapat diketahui bahwa ada usaha serius yang dilakukan pemerintah Provinsi Jawa Tengah untuk memajukan pelayanan publik di sektor kesehatan dan pendidikan.

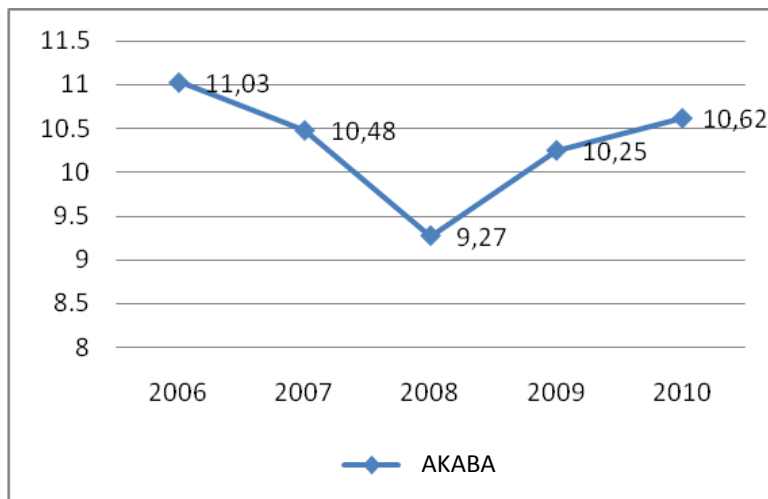
Sebagai provinsi yang memiliki fokus pembangunan dalam modal manusia (*human capital*) dengan pengeluaran pemerintah yang cukup besar untuk sektor kesehatan dan pendidikan, sudah seharusnya diikuti dengan peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan di Provinsi Jawa Tengah. Peningkatan pelayanan dasar tersebut sangatlah penting untuk membangun kualitas modal manusia. Peningkatan pelayanan dasar ini sangat dibutuhkan terutama bagi anak-anak yang berperan sebagai penerus masa depan bangsa. Pentingnya peningkatan pelayanan dasar di sektor kesehatan dan pendidikan untuk anak-anak telah disadari oleh berbagai kalangan dipenjuru dunia. Hal tersebut dapat kita ketahui dari tindakan yang dilakukan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) terhadap hak anak diseluruh dunia untuk memperoleh kesehatan serta pendidikan yang layak. Begitu pentingnya sektor kesehatan dan pendidikan yang memiliki dampak besar terhadap pembentukan modal manusia (*human capital*) dan merupakan inti makna dari pembangunan, mendorong suatu deklarasi millennium yang dikenal dengan *Millenium Development Goals* (MDGs). Dalam MDGs berisi delapan tujuan utama, dimana fokus yang kedua bertujuan untuk mewujudkan pendidikan dasar untuk semua dan fokus yang keempat bertujuan untuk menurunkan angka kematian anak. Untuk mengetahui sejauh mana pencapaian kedua tujuan tersebut maka dapat diproksikan melalui indikator-indikator hasil akhir dalam kesehatan dan pendidikan

Selain dari MDGs, pengukuran kualitas sektor kesehatan dan pendidikan dapat diketahui pula melalui indikator hasil akhir kesehatan dan pendidikan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Pendidikan Nasional RI melalui rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Pendidikan Nasional RI. Indikator dalam kesehatan dan pendidikan digunakan sebagai proksi terhadap *outcome* kinerja.

Indikator pencapaian hasil akhir yang digunakan dalam penelitian ini merupakan penyesuaian dari MDGs, Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Pendidikan Nasional RI, selain dari penelitian terdahulu yang digunakan. Sehingga dapat diketahui indikator hasil akhir yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas bidang kesehatan adalah angka kematian balita. Sedangkan indikator hasil akhir untuk mengukur kualitas sektor pendidikan adalah angka partisipasi murni SD/MI.

Dari penjelasan mengenai indikator hasil akhir untuk sektor kesehatan dan pendidikan, maka dapat diketahui sejauh mana kualitas pencapaian kedua sektor tersebut dengan menggunakan indikator hasil akhir yang telah ditetapkan. Berikut ini akan disajikan data pencapaian indikator hasil akhir (*outcomes*) sektor kesehatan dan pendidikan di provinsi Jawa Tengah.

**Gambar 1.7**  
**Angka Kematian Balita di Provinsi Jawa Tengah**  
**Tahun 2006-2010 (Per 1.000 Kelahiran Hidup)**



Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jateng

Berdasarkan pada Gambar 1.8 maka dapat diketahui keadaan angka kematian balita yang terjadi di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2010 cenderung meningkat sebesar 12,02 per 1.000 kelahiran hidup dibandingkan dengan tahun 2009 sebesar 11,6 per 1.000 kelahiran hidup, hal ini menandakan terjadinya penurunan pada kualitas hidup di masyarakat. AKABA tertinggi berada di Kabupaten Rembang sebesar 26,72 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan Kota Tegal berada pada AKABA terendah sebesar 3,30 per 1.000 kelahiran hidup.

Dari naik turunnya nominal dalam indikator angka kematian balita yang telah dijelaskan tentu dipengaruhi oleh berbagai faktor baik yang bersifat internal maupun eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari masing-masing individu dalam suatu masyarakat yang dicerminkan melalui PDRB perkapita yang dapat menunjukkan pendapatan kotor suatu masyarakat. Berikut akan disajikan data PDRB perkapita tiap kabupaten/kota yang berada di Provinsi Jawa Tengah.



Data yang ditunjukkan pada Tabel 1.2 dapat diketahui bahwa tahun 2007 PDRB perkapita mengalami penurunan sebesar Rp 7.150.958, tetapi untuk tahun selanjutnya PDRB perkapita di Provinsi Jawa Tengah meningkat, dengan peningkatan terbesar yang terjadi pada tahun 2010. PDRB perkapita pada tahun 2010 yang tertinggi dicapai oleh Kabupaten Kudus sebesar Rp 39.173.051, sedangkan yang menjadi terendah berada di Kabupaten Grobogan sebesar Rp 4.795.686. Keadaan tersebut menunjukkan nilai PDRB persatu orang penduduk yang didalamnya sudah memasukkan unsur inflasi. Berarti pada tahun 2010 di Kabupaten Kudus terjadi arus perolehan nilai tambah yang tercipta akibat proses produksi baik barang maupun jasa yang paling tinggi di Provinsi Jawa Tengah.

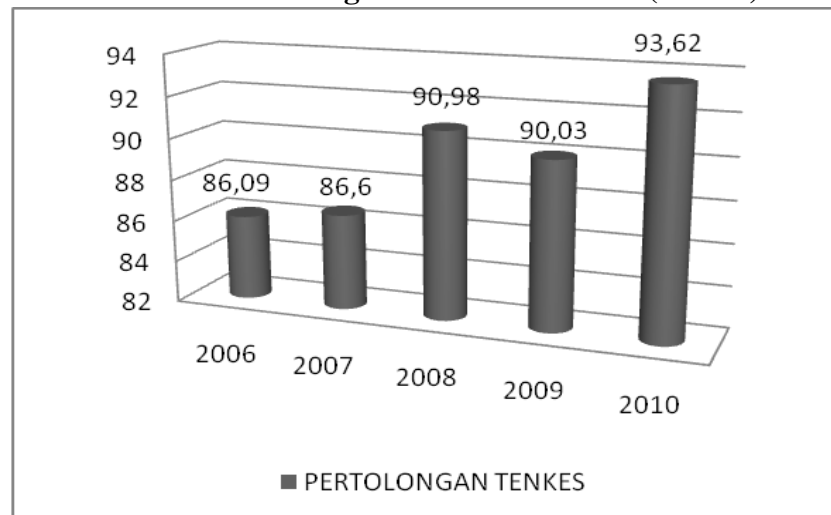
**Tabel 1.2**  
**PDRB Perkapita Atas Dasar Harga Berlaku Menurut Kabupaten/Kota**  
**Jawa Tengah Tahun 2006-2010 (Rupiah)**

<b>KABUPATEN/KOTA</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Kab. Cilacap	14,226,446	15,680,562	18,649,453	21,247,139	24,041,757
Kab. Banyumas	4,318,978	4,858,484	5,553,045	6,085,495	6,796,952
Kab. Purbalingga	4,179,339	4,729,751	5,366,410	6,188,044	6,869,183
Kab. Banjarnegara	4,843,727	5,446,226	6,354,014	6,883,122	7,604,134
Kab. Kebumen	3,397,983	3,779,937	4,364,147	4,789,492	5,266,862
Kab. Purworejo	5,715,630	6,478,748	7,376,756	8,068,628	8,858,175
Kab. Wonosobo	3,502,293	3,927,372	4,397,333	4,710,993	5,126,030
Kab. Magelang	4,561,916	5,045,345	5,626,151	6,059,104	6,750,078
Kab. Boyolali	5,548,991	6,119,949	6,869,216	7,566,774	8,522,833
Kab. Klaten	6,674,060	7,396,234	8,377,318	9,111,771	9,846,713
Kab. Sukoharjo	7,727,238	8,606,628	9,726,970	10,701,811	11,807,709
Kab. Wonogiri	4,134,386	4,643,993	5,361,258	5,821,633	6,497,087
Kab. Karanganyar	7,750,597	8,572,708	9,452,804	10,227,611	11,181,959
Kab. Sragen	4,728,280	5,259,949	6,009,134	6,803,890	7,764,286
Kab. Grobogan	3,053,742	3,436,542	3,880,207	4,283,178	4,795,686
Kab. Blora	3,316,443	3,625,886	4,173,831	4,573,659	5,078,003
Kab. Rembang	5,639,737	6,295,341	7,060,381	7,703,623	8,533,074
Kab. Pati	5,185,903	5,753,422	6,576,636	7,136,099	7,930,578
Kab. Kudus	28,246,572	30,991,322	34,051,490	36,291,712	39,173,051
Kab. Jepara	5,374,049	6,025,264	6,834,994	7,406,518	8,172,673
Kab. Demak	3,913,334	4,229,704	4,767,906	5,114,641	5,649,030
Kab. Semarang	8,251,643	9,080,095	10,189,062	10,922,473	11,926,526
Kab. Temanggung	4,627,159	5,201,366	5,830,010	6,302,608	7,046,061
Kab. Kendal	7,482,145	8,205,471	9,112,792	9,894,245	11,080,606
Kab. Batang	5,189,580	5,713,174	6,382,950	6,829,317	7,626,570
Kab. Pekalongan	5,460,668	6,034,265	6,885,460	7,492,934	8,359,539
Kab. Pemalang	3,857,346	4,251,058	4,781,696	5,154,001	5,754,575
Kab. Tegal	3,485,048	3,925,104	4,525,895	5,018,880	5,547,825
Kab. Brebes	4,766,200	5,377,953	6,224,699	6,958,806	8,066,947
Kota Magelang	10,481,592	11,288,082	12,472,912	13,591,706	15,253,672
Kota Surakarta	12,087,537	13,349,437	15,110,647	16,813,059	18,689,881
Kota Salatiga	7,239,889	7,834,014	8,639,248	9,113,886	10,077,709
Kota Semarang	16,000,802	20,499,002	23,176,078	25,080,112	28,099,960
Kota Pekalongan	10,048,987	10,952,638	11,715,621	12,548,317	13,634,225
Kota Tegal	6,944,747	7,797,682	8,894,789	9,905,047	10,855,460
<b>TOTAL</b>	<b>241,962,989</b>	<b>270,412,706</b>	<b>304,771,311</b>	<b>332,400,328</b>	<b>368,285,409</b>

Sumber: BPS Jateng

Setelah dijelaskan mengenai faktor internal, perlu kita ketahui juga untuk faktor eksternal yang berasal dari luar individu yang dicerminkan melalui pelayanan kesehatan seperti persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan sumber daya kesehatan seperti penyediaan tenaga medis. Berikut akan disajikan data persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan penyediaan tenaga medis.

**Gambar 1.8**  
**Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan**  
**Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006-2010 (Persen)**



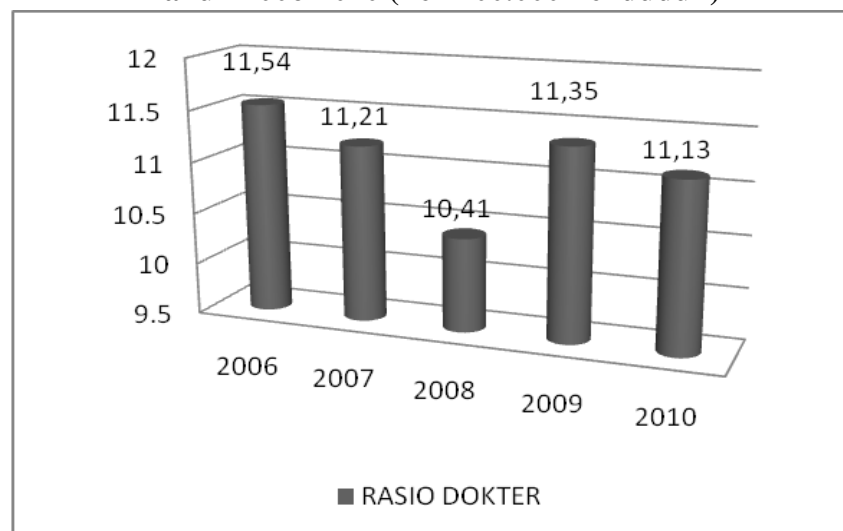
Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jateng

Data pada Gambar 1.9 menunjukkan adanya fluktuasi dalam persentase pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Persentase pertolongan yang tertinggi berada pada tahun 2010, tetapi perlu dicermati lagi bahwa pada tahun 2010 peningkatan sebesar 3,56 persen masih kecil dibanding dengan peningkatan yang terjadi pada tahun 2008 sebesar 4,38 persen, meskipun persentase pertolongan persalinan di bawah tahun 2010 yaitu sebesar 90,38 persen pada tahun 2008. Naik turunnya angka cakupan pertolongan persalinan

menunjukkan adanya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Faktor eksternal lainnya berupa penyediaan tenaga medis dicerminkan melalui rasio dokter per 100.000 penduduk. Berikut data rasio dokter per 100.000 penduduk mulai dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2010.

**Gambar 1.9**  
**Rasio Dokter Per 100.000 Penduduk di Provinsi Jawa Tengah**  
**Tahun 2006-2010 (Per-100.000 Penduduk)**



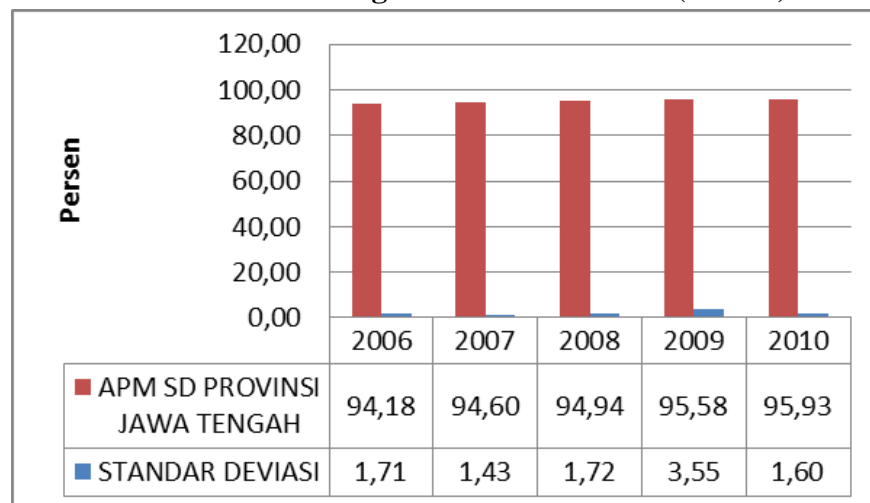
Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jateng

Rasio dokter per 100.000 penduduk pada Gambar 1.9 pada tahun 2010 mengalami penurunan sebesar 0,22 persen yakni pada angka 11,13 per-100.000 penduduk. Angka tersebut lebih rendah dibanding dengan tahun 2009 sebesar 11,35 per-100.000 penduduk. Rasio tersebut menunjukkan masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 sebesar 40 per 100.000 penduduk.

Setelah dijelaskan pencapaian kualitas sektor kesehatan yang diproksikan melalui indikator hasil akhir di sektor kesehatan, maka selanjutnya dapat diterangkan pula keadaan sektor pendidikan yang diproksikan melalui angka partisipasi murni SD/MI.

Pemilihan untuk mengukur kualitas pendidikan melalui APM SD/MI karena pertimbangan dari pencapaian tujuan MDGs yaitu mencapai pendidikan dasar untuk semua yang didalamnya terdapat indikator yang digunakan untuk mengukur tujuan MDGs sektor pendidikan yaitu melalui APM SD/MI. Berikut akan disajikan data APM SD Provinsi Jawa Tengah tahun 2006 sampai 2010.

**Gambar 1.10**  
**Angka Partisipasi Murni SD/MI**  
**Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006-2010 (Persen)**



Sumber: BPS Jateng, 2012, diolah

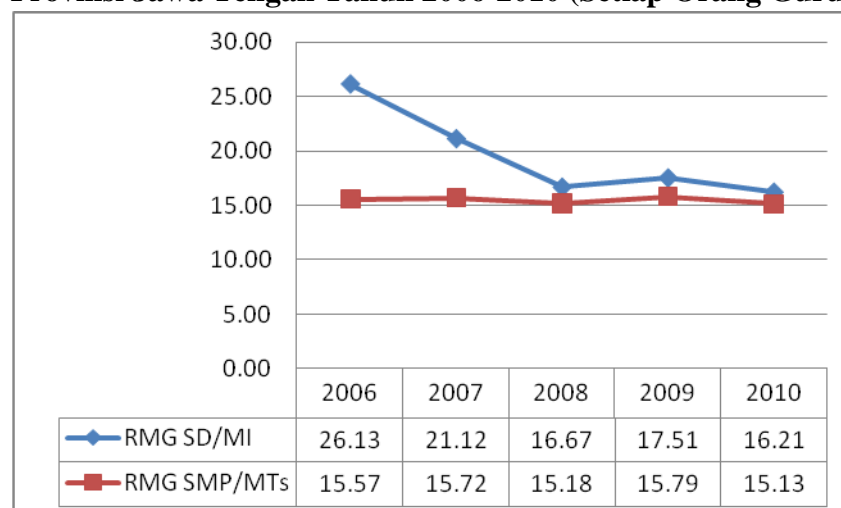
Data pada Gambar 1.11 menunjukkan angka partisipasi murni SD/MI dari tahun 2006 sampai 2010 yang memiliki sifat meningkat. Peningkatan terbesar berada pada tahun 2010 yaitu sebesar 0,63 persen dan terkecil berada pada tahun 2009 sebesar 0,35 persen. Namun perlu kita cermati pula bahwa peningkatan yang terjadi tiap tahun masih dibawah satu persen, selain itu data angka partisipasi murni SD/MI Provinsi Jawa Tengah yang didapat dari rata-rata kabupaten/kota di Jawa Tengah menunjukkan standar deviasi yang meningkat pada tahun 2008 dan 2009 sebesar 1,72 persen dan 3,55 persen. Keadaan tersebut menunjukkan bahwa semakin meningkatnya angka standar deviasi, menunjukkan kesenjangan yang

terjadi antar kabupaten/kota di Jawa Tengah yang semakin besar. Jadi bisa ditarik kesimpulan bahwa angka partisipasi murni SD/MI di kabupaten/kota di Jawa Tengah masih belum merata atau masih banyak yang rendah, karena tingginya angka partisipasi murni SD/MI (APM SD/MI) di Jawa Tengah masih disumbang oleh besarnya persentase APM SD/MI di beberapa daerah saja di Provinsi Jawa Tengah.

Naik turunnya nominal dalam indikator angka partisipasi murni SD/MI yang telah dijelaskan tentu dipengaruhi oleh berbagai faktor baik yang bersifat internal maupun eksternal. Faktor internal yang dicerminkan melalui PDRB perkapita yang dapat menunjukkan pendapatan kotor suatu masyarakat (Tabel 1.2). Sedangkan untuk faktor eksternal yang berasal dari luar individu dicerminkan melalui penyediaan fasilitas pendidikan seperti penyediaan tenaga pengajar.

Berikut akan disajikan data rasio murid per guru baik untuk SD/MI maupun SMP/MTs.

**Gambar 1.11**  
**Rasio Murid Per Guru SD/MI dan SMP/MTs**  
**Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006-2010 (Setiap Orang Guru)**

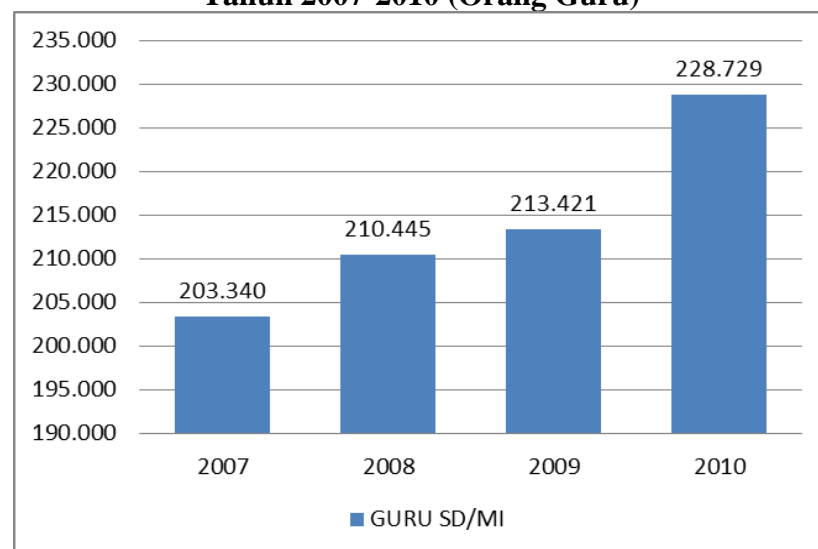


Sumber: Profil Pendidikan Provinsi Jateng, 2012, diolah

Data pada Gambar 1.12 menunjukkan tiap orang guru yang mengampu sejumlah murid. Untuk tingkat pendidikan SD/MI di Provinsi Jawa Tengah paling tinggi pada tahun 2006 sebesar 26,13 tiap orang guru dan paling kecil berada pada tahun 2010 sebesar 16,21 tiap orang guru. Dari angka tersebut dapat diketahui bahwa untuk tingkat SD/MI beban seorang guru untuk menangani anak didiknya dari tahun ke tahun semakin berkurang. Sebagai pembandingan, dijelaskan pula rasio murid per guru SMP/MTs. Rasio murid per guru SMP/MTs paling tinggi berada pada tahun 2007 sebesar 15,72 tiap orang guru. Beban seorang guru di SD/MI lebih berat dibandingkan dengan beban guru SMP/MTs, rata beban guru SD/MI pada angka 19 sedangkan guru SMP/MTs pada angka 15.

Selain dari rasio murid per guru, perlu diketahui jumlah tenaga pengajar baik dari SD/MI maupun SMP/MTs. Berikut akan disajikan data keduanya mulai dari tahun 2006 sampai 2010.

**Gambar 1.12**  
**Jumlah Guru SD/MI Provinsi Jawa Tengah**  
**Tahun 2007-2010 (Orang Guru)**



Sumber: Profil Pendidikan Provinsi Jateng, 2012, diolah

Data pada Gambar 1.13 menunjukkan bahwa jumlah guru SD/MI meningkat untuk tiap tahun. Peningkatan paling tinggi berada pada tahun 2010 yaitu sebesar 7,17 persen. Keadaan tersebut merefleksikan bahwa semakin banyak guru SD/MI di Provinsi di Jawa Tengah akan mengurangi beban tanggungan guru yang mengajar di jenjang SD/MI.

Berdasarkan data indikator pencapaian hasil akhir (*outcomes*) kesehatan dan pendidikan, masih belum terlihat adanya hasil yang optimal dalam pembangunan dan pemerataan modal manusia yang ditunjukkan melalui angka kematian balita dan angka partisipasi SD/MI. Sementara itu pengeluaran yang dilakukan pemerintah untuk sektor kesehatan dan pendidikan secara nominal cenderung meningkat setiap tahun dan cukup besar (gambar 1.7), selain itu untuk input pada bidang kesehatan menunjukkan usaha yang serius tiap tahun dari pemerintah yang dapat dilihat melalui kepercayaan masyarakat dengan melakukan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan peningkatan jumlah dokter yang menangani pasien. Untuk bidang pendidikan menunjukkan hal yang sama dengan berkurangnya beban tanggungan guru dan meningkatnya jumlah guru SD/MI. Dari penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa desentralisasi fiskal untuk menciptakan efisiensi dalam penyediaan barang publik belum terpenuhi. Untuk itu diperlukan suatu tinjauan empiris untuk mengetahui pengaruh desentralisasi fiskal terhadap kualitas pelayanan publik terutama dalam sektor kesehatan dan pendidikan yang menjadi komponen utama pembentuk modal manusia.



Penelitian ini menggunakan periode desentralisasi mulai dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2010, karena pelaksanaan desentralisasi yang efektif dilaksanakan sejak tahun 2001 hingga saat ini. Data yang digunakan pada 4 periode tersebut bertujuan agar hasil yang diperoleh dapat mencerminkan proses desentralisasi yang telah dilaksanakan sebelumnya. Periode penggunaan data yang cukup singkat ini dikarenakan keterbatasan data yang tersedia pada instansi dan dinas terkait.

Penelitian empiris diperlukan untuk membuktikan hubungan antara desentralisasi fiskal dan hasil akhir (*outcomes*) bidang kesehatan dan pendidikan. Berbagai penelitian telah dilaksanakan agar dapat diperoleh bukti secara empiris pengaruh dari pelaksanaan desentralisasi fiskal terhadap berbagai indikator kesejahteraan. Studi yang dilakukan oleh Akpan (2011) bertujuan untuk mengestimasi efek dari desentralisasi pelayanan kesehatan (*infant mortality rate*) dan menguji efek desentralisasi pada *outcome* bidang pendidikan (*literacy rate*) di Nigeria. Studi tersebut menemukan tingkat desentralisasi fiskal berpengaruh negatif terhadap tingkat kematian (*mortality rate*) dan memiliki pengaruh positif terhadap tingkat kemampuan membaca (*literacy rate*).

Lalu pada tahun 2001 Robalino, Picazo, dan Voetberg meneliti tentang pengukuran dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan pada negara dengan pendapatan rendah dan juga tinggi (*cross country*) dengan menggunakan variabel angka kematian bayi sebagai *outcomes* dari kesehatan. Sedangkan *control variabel* yang digunakan dalam penelitian ini adalah GDP perkapita, dan pengeluaran publik yang dilakukan oleh pemerintah daerah.

Penelitian ini menemukan hubungan negatif antara desentralisasi fiskal dan kematian bayi.

Penelitian mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan juga dilakukan di Indonesia oleh Ahmad (2009) dengan tujuan untuk menguji pengaruh desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita dan jumlah tenaga medis dan juga untuk menguji pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit terhadap usia harapan hidup. Dari penelitian ini diperoleh hasil yang berbeda dengan penelitian sebelumnya yaitu desentralisasi fiskal bidang kesehatan tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap angka kematian bayi.

Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan menunjukkan berbagai kesimpulan yang beragam, pelaksanaan desentralisasi fiskal dapat memberikan efek positif maupun negatif terhadap berbagai indikator hasil akhir bidang kesehatan dan pendidikan. Perbedaan penelitian tersebut dapat terjadi karena adanya perbedaan keadaan daerah penelitian dan derajat desentralisasi tiap daerah. Untuk itu maka diperlukan suatu studi empiris untuk menguji kembali pengaruh dari pelaksanaan desentralisasi fiskal terhadap indikator hasil akhir.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Pelaksanaan desentralisasi memiliki implikasi penting dalam memenuhi tujuan demokratisasi yaitu untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat. Artinya, kebijakan desentralisasi ini dimaksudkan untuk proses pengambilan keputusan publik yang demokratis dan memberikan pelayanan kepada masyarakat yang jauh

lebih baik (Hirawan, 2007). Pemberian pelayanan pelayanan publik ke masyarakat seperti kesehatan dan pendidikan yang baik tentunya akan meningkatkan kapasitas modal manusia, seperti yang di katakan oleh Todaro (2006) bahwa kesehatan merupakan inti dari kesejahteraan, dan pendidikan adalah hal yang pokok untuk menggapai kehidupan yang memuaskan dan berharga.

Provinsi Jawa Tengah merupakan daerah yang memfokuskan pembangunan pada modal manusia, hal tersebut dapat diketahui dari visi pembangunan daerah Provinsi Jawa Tengah tahun 2005-2025 yang tertuang pada RPJP Provinsi Jawa Tengah tahun 2005-2025. Namun pengeluaran pemerintah untuk sektor kesehatan dan pendidikan belum diimbangi dengan pencapaian hasil akhir (*outcomes*) kesehatan dan pendidikan. Penelitian-penelitian terdahulu telah menghasilkan berbagai kesimpulan yang berbeda mengenai hasil dari desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan. Penentuan *outcomes* yang digunakan dalam penelitian ini, selain dari penelitian terdahulu juga didasarkan atas pencapaian tujuan pembangunan millennium (MDGs) di Indonesia 2010. Pada tujuan ke-dua yang berisi “mencapai pendidikan dasar untuk semua” yang diukur melalui angka partisipasi murni (APM) SD/MI dan tujuan yang ke-empat “menurunkan angka kematian anak” yang diukur melalui angka kematian balita, karena dianggap ukuran tersebut lebih penting atau dapat menunjukkan kematian anak yang sesungguhnya.

Pencapaian hasil akhir (*outcomes*) bidang kesehatan berupa angka kematian balita masih terlihat fluktuatif dan besarnya kesenjangan angka partisipasi murni SD/MI (APM SD/MI) yang mengindikasikan masih rendahnya

APM SD/MI pada kabupaten/kota di Jawa Tengah. Pengeluaran pemerintah yang cukup tinggi untuk bidang kesehatan dan pendidikan tiap tahun, namun belum diikuti dengan penurunan angka kematian balita tiap tahun dan peningkatan APM SD/MI dengan memperkecil kesenjangan antar daerah tiap tahun. Dari fenomena yang terjadi, hasil yang didapat menunjukkan keadaan yang berkebalikan dari peningkatan pengeluaran untuk kedua sektor tersebut dari tahun ketahun, yakni belum diikuti dengan peningkatan kualitas pelayanan publik yang optimal untuk sektor kesehatan dan pendidikan.

Berdasarkan pada rumusan masalah tersebut, maka dalam penelitian ini dapat ditarik beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian balita di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah?
2. Bagaimana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka partisipasi murni SD/MI di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah?

### **1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Penelitian**

Tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian balita di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah.
2. Untuk menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka partisipasi murni SD/MI di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah.

### 1.3.2 Kegunaan Penelitian

Adapun kegunaan penelitian ini antara lain :

1. Menjadi bahan pertimbangan serta masukan bagi pemerintah daerah atau dinas-dinas yang terkait dalam merumuskan kebijakan ekonomi yang terkait dengan APBN dan APBD.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk melihat pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* sektor kesehatan dan pendidikan sebagai upaya peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan, serta diharapkan sebagai tambahan informasi bagi pembaca pada umumnya dan bagi mahasiswa khususnya.
3. Menjadi dasar dan referensi bagi penelitian selanjutnya yang relevan.

### 1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini dibagi menjadi 5 (lima) bab dengan urutan penulisan sebagai berikut :

#### BAB I PENDAHULUAN

Bab ini menjelaskan tentang latar belakang AKABA dan APM SD/MI dijadikan sebagai *outcomes* dari penelitian ini yang selanjutnya dirumuskan permasalahan penelitian tentang bagaimana pengaruh desentralisasi fiskal terhadap AKABA dan APM SD/MI. Berdasarkan perumusan masalah tersebut maka dapat dikemukakan tujuan dan kegunaan penelitian. Pada bagian akhir bab ini akan dijabarkan sistematika penulisan.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang teori-teori dan penelitian terdahulu yang melandasi desentralisasi fiskal, *outcomes* kesehatan dan pendidikan . Berdasarkan teori dan hasil penelitian-penelitian terdahulu, maka akan terbentuk suatu kerangka pemikiran dan penentuan hipotesis awal yang akan diuji.

## BAB III METODE PENELITIAN

Bab ini berisi tentang variabel dan operasional variabel penelitian, populasi dan sampel, jenis dan sumber data, metode pengumpulan data, serta metode analisis yang digunakan.

## BAB IV HASIL DAN ANALISIS

Bab ini berisi tentang gambaran umum objek penelitian, deskripsi keadaan ekonomi di Jawa Tengah, realisasi pengeluaran pemerintah dan dilanjutkan dengan analisis data dan pembahasan.

## BAB V PENUTUP

Bab ini terdiri atas tiga bagian; bagian pertama merupakan kesimpulan yang diperoleh dari hasil analisis, dan bagian kedua adalah keterbatasan dan bagian ketiga adalah saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Telaah pustaka dalam penelitian ini berisi tentang landasan teori serta bahasan hasil-hasil penelitian terdahulu yang sejenis, kerangka pemikiran teoritis, dan hipotesis penelitian. Hal tersebut dilakukan dengan tujuan untuk membantu menganalisis hasil-hasil penelitian pada nantinya.

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Teori Otonomi Daerah dan Desentralisasi Fiskal**

###### **2.1.1.1 Teori Otonomi Daerah**

Istilah otonomi berasal dari kata Yunani *autos* yang memiliki arti sendiri dan *nomos* yang berarti pemerintah, jadi otonomi memiliki arti memerintah sendiri. Terdapat bermacam-macam pengertian mengenai otonomi yang berkembang di berbagai belahan dunia. Widjaja (2005) mengatakan bahwa otonomi adalah pelimpahan wewenang pemerintah kepada pemerintah daerah yang memiliki sifat operasional dalam rangka sistem birokrasi pemerintahan. Sementara itu, Mills (dikutip oleh Ahmad, 2011) mendefinisikan desentralisasi atau otonomi daerah sebagai transfer wewenang atau kekuasaan dalam perencanaan publik, manajemen, dan pembuatan keputusan dari level sub nasional atau secara umum dari level yang lebih tinggi ke level yang lebih rendah dalam pemerintahan. Berbeda dengan Maddick, ia mendefinisikan desentralisasi sebagai proses dekonsentrasi dan devolusi. Devolusi adalah penyerahan kekuasaan untuk melaksanakan fungsi-fungsi tertentu kepada pemerintah daerah. Sedangkan dekonsentrasi memiliki arti pendelegasian wewenang atas fungsi-fungsi tertentu

kepada staf pemerintah pusat yang tinggal diluar kantor pusat (Maddick (1983) dalam Kuncoro (2004)). Lalu Hirawan (2007) mengatakan desentralisasi adalah pelimpahan kewenangan dan tanggung jawab (akan fungsi-fungsi publik) dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah.

Otonomi daerah di Indonesia diatur dalam UU no. 32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah, diartikan sebagai hak, wewenang dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintah dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Daerah otonom yang dimaksud disini adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

#### **2.1.1.2 Desentralisasi Fiskal**

Syahrudin (dikutip dari Ahmad, 2011) memberikan definisi desentralisasi fiskal sebagai kewenangan (*authority*) dan tanggungjawab (*responsibility*) dalam penyusunan, pelaksanaan, dan pengawasan anggaran daerah (APBD) oleh pemerintah daerah. Lalu Ferdiana, dkk (2008) mendefinisikan desentralisasi fiskal sebagai pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal (dalam Ahmad, 2011). Dari definisi-definisi tersebut, desentralisasi fiskal merupakan komponen utama dari otonomi daerah, karena didalamnya menyangkut kewenangan untuk menggali sumber-sumber pendapatan, hak untuk menerima transfer dari pemerintahan yang lebih tinggi, dan



menentukan belanja rutin maupun investasi (Hirawan, 2007). Karena desentralisasi fiskal menyangkut adanya transfer dana yang cukup besar, maka diperlukan pengaturan dan upaya perimbangan keuangan secara vertikal antara pusat dan daerah yang dimaksudkan untuk pembiayaan pelaksanaan tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

Dalam menjalankan desentralisasi fiskal, terdapat prinsip yang harus dilaksanakan dan diperhatikan yaitu prinsip *money should follow function*, yang memiliki arti penyerahan atau pelimpahan wewenang pemerintahan membawa konsekuensi pada anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kewenangan tersebut (Bahl (2000:19) dalam Sasana (2009)). Barzelay (1991) menjelaskan tentang pemberian otonomi daerah melalui desentralisasi fiskal memiliki tiga misi utama, yaitu (dalam Sasana, 2009):

- a. Menciptakan efisiensi dan efektivitas pengelolaan sumber daya daerah.
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan umum dan kesejahteraan masyarakat.
- c. Memberdayakan dan menciptakan ruang bagi masyarakat untuk ikut serta (berpartisipasi) dalam proses pembangunan.

Misi yang dikemukakan Barzelay sejalan dengan asas otonomi yang termaktub dalam UU No. 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah, bahwa efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan pemerintahan daerah perlu ditingkatkan, untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat.

### **2.1.2 Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)**

Suparmoko (1994) memberikan pengertian anggaran (*budget*) ialah suatu daftar atau pernyataan yang terperinci mengenai penerimaan dan pengeluaran negara yang diharapkan untuk jangka waktu tertentu; yang biasa adalah satu tahun. Selain itu anggaran merupakan alat yang digunakan untuk mengontrol atau mengawasi pengeluaran maupun pendapatan dimasa akan datang.

#### **2.1.2.1 Belanja Daerah**

Menurut Undang-undang No. 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah, belanja daerah ialah semua kewajiban daerah yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan bersih dalam periode tahun anggaran yang bersangkutan. Berdasar pada struktur anggaran daerah serta elemen-elemen yang termasuk dalam belanja daerah terdiri dari:

1. Belanja aparatur daerah
2. Belanja pelayanan publik yang terdiri dari
3. Belanja bagi hasil dan bantuan keuangan
4. Belanja tidak tersangka

Dalam Permendagri 13/2006 tentang pengelolaan keuangan daerah, belanja daerah terdiri atas belanja tidak langsung dan belanja langsung. Belanja tidak langsung ialah belanja yang dianggarkan tidak terkait secara langsung dengan pelaksanaan program kegiatan. Sedangkan belanja langsung ialah belanja yang dianggarkan terkait secara langsung dengan pelaksanaan program dan kegiatan.

Kelompok belanja tidak langsung dibagi menurut jenis belanja yang terdiri dari belanja pegawai, bunga, subsidi, hibah, bantuan sosial, belanja bagi hasil, bantuan keuangan, belanja tidak terduga. Lalu kelompok belanja langsung dibagi menurut jenis belanja yang terdiri dari belanja pegawai, belanja barang dan jasa dan belanja modal.

### 2.1.3 Fungsi Fiskal Dalam Kebijakan Publik

Musgrave (1991) mengatakan setiap tindakan dalam perekonomian dipengaruhi oleh perpajakan dan pengeluaran dalam berbagai cara dan dapat dirancang untuk berbagai maksud, berikut akan dijelaskan beberapa tujuan kebijakan yang berbeda, antara lain :

1. Penyediaan barang dan sosial, atau proses pembagian keseluruhan sumber daya untuk digunakan sebagai barang pribadi dan barang sosial, serta bagaimana komposisi barang sosial ditentukan. Penyediaan ini disebut sebagai **fungsi alokasi (*allocation function*)** dari kebijakan anggaran. Kebijakan pengaturan yang dipertimbangkan sebagai bagian dari fungsi alokasi, tidak dimasukkan dalam hal ini karena kebijakan tersebut bukan merupakan masalah kebijakan anggaran.
2. Penyesuaian terhadap distribusi pendapatan dan kekayaan untuk menjamin terpenuhinya keadaan yang dianggap oleh masyarakat sebagai keadaan distribusi yang merata dan adil yang disebut sebagai **fungsi distribusi (*distribution function*)**.

3. Penggunaan kebijakan anggaran sebagai alat untuk mempertahankan tingkat kesempatan kerja yang tinggi, tingkat stabilitas yang semestinya serta laju pertumbuhan ekonomi yang tepat, dengan memperhitungkan segala akibatnya terhadap perdagangan dan neraca pembayaran. Tujuan ini disebut sebagai **fungsi stabilisasi** (*stabilisation function*).

Ketiga fungsi tersebut memiliki tujuan yang berbeda-beda, namun Musgrave (1991) menyebutkan pengenaan pajak atau pengeluaran pemerintah dapat mempengaruhi tujuan tersebut secara serentak. Tetapi fokus permasalahannya ialah bagaimana menyusun kebijakan anggaran sehingga tujuan yang berbeda-beda dapat dicapai secara terpadu. Berikut penjelasannya untuk tiap fungsi (Musgrave, 1991; h.7-13) :

1. Fungsi alokasi, barang-barang yang disebutkan disini ialah sebagai barang sosial (*social goods*) yang memiliki perbedaan dari barang-barang pribadi (*private goods*) yang tidak dapat disediakan melalui sistem pasar, yaitu melalui transaksi diantara konsumen dan produsen secara perorangan.
2. Fungsi distribusi memainkan peranan penting dalam menentukan kebijakan pajak dan transfer. Tanpa adanya kebijakan untuk menyesuaikan keadaan distribusi yang berlaku, maka distribusi pendapatan dan kekayaan pertama kali tergantung pada distribusi sumber daya alam (*factor endowment*) yang termasuk dalam

kemampuan personal dalam menghasilkan pendapatan serta kepemilikan akumulasi dan warisan kekayaan

3. Fungsi stabilisasi diperlukan untuk mempertahankan atau mencapai kesempatan kerja yang tinggi, tingkat stabilitas harga yang pantas, neraca pembayaran luar negeri yang sehat dan tingkat ekonomi yang dapat diterima.

## **2.1.4 Teori Pengeluaran Pemerintah**

### **2.1.4.1 Kebijakan Fiskal**

Menurut McEachern (dalam Bastias, 2010) Belanja pemerintah, pembayaran transfer, pajak dan pinjaman digunakan dalam kebijakan fiskal untuk mempengaruhi variabel makroekonomi seperti tenaga kerja, tingkat harga dan tingkat GDP. Alat kebijakan fiskal dipisahkan menjadi dua kategori yaitu fiskal stabilisator dan diskrit.

Lipsey (1990) mengatakan kebijakan fiskal penstabil otomatis dapat disebut juga sebagai stabilisator merupakan bermacam kebijakan yang dapat menurunkan kecenderungan membelanjakan marginal dari pendapatan nasional, sehingga pada nantinya dapat mengurangi angka multiplier. Penstabil otomatis dapat mengurangi besarnya fluktuasi pendapatan nasional yang disebabkan oleh berbagai perubahan *autonomous* pada pengeluaran-pengeluaran seperti investasi (dalam Bastias, 2010). Lipsey (dikutip oleh Bastias, 2010) juga menjelaskan tiga bentuk penstabil otomatis yang utama sebagai berikut :

### 1. Pajak

Pajak langsung akan mengurangi besarnya fluktuasi pendapatan disposabel yang berkaitan dengan setiap fluktuasi pendapatan nasional. Dengan demikian, pada kecenderungan mengkonsumsi marjinal tertentu dari pendapatan disposabel, pajak langsung mengurangi tingkat kecenderungan membelanjakan marjinal dari pendapatan nasional.

### 2. Pengeluaran pemerintah

Pemerintah melakukan pembelian terhadap barang dan jasa yang cenderung relatif stabil dalam menghadapi variasi pendapatan nasional yang bersifat siklis. Perubahan kecil tersebut dilakukan dengan sangat lambat. Sebaliknya, konsumsi serta pengeluaran untuk investasi cenderung bervariasi sejalan dengan pendapatan nasional. Semakin besar peran pengeluaran pemerintah dalam suatu perekonomian, maka makin kecil pula kadar ketidak-stabilan siklis pada seluruh pengeluaran. Peran pemerintah yang meningkat dalam perekonomian dapat saja merugikan atau menguntungkan. Walaupun demikian, pengeluaran pemerintah merupakan penstabil otomatis yang mujarab dalam perekonomian.

### 3. Transfer pemerintah

Transfer pemerintah misalnya berupa jaminan sosial, jaminan kesejahteraan dan kebijakan bantuan pertanian. Pembayaran transfer memiliki peran sebagai stabilisator, cenderung menstabilkan

pengeluaran untuk konsumsi, dalam upaya menghadapi fluktuasi pendapatan nasional.

Bastias (2010) menyebutkan kebijakan fiskal yang kedua adalah kebijakan fiskal diskresioner, yaitu pemberlakuan perubahan pajak dan pengeluaran yang dirancang guna mengimbangi kesenjangan yang timbul. Hal tersebut dapat dilakukan secara efektif dengan cara pemerintah secara periodik harus mengambil keputusan untuk merubah kebijakan fiskal. Dalam proses mempertimbangkan kebijakan fiskal diskresioner, perlu mempertimbangkan dua hal seperti kemudahan kebijakan fiskal untuk dirubah dan pandangan rumah tangga dan perusahaan atas kebijakan fiskal pemerintah yang memiliki sifat sementara atau jangka panjang.

#### **2.1.4.2 Pengeluaran Pemerintah Secara Mikro**

Teori mikro mengenai perkembangan pengeluaran pemerintah dalam Guritno (1993) memiliki tujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang menimbulkan permintaan akan barang publik serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tersedianya barang publik. Jumlah barang publik yang akan disediakan melalui anggaran belanja ditentukan melalui interaksi antara permintaan dan penawaran untuk barang publik. Besarnya barang publik yang disediakan pada nantinya akan menimbulkan permintaan terhadap barang lain.

#### **2.1.4.3 Pengeluaran Pemerintah Secara Makro**

Guritno (1993) memberikan penjelasan mengenai perkembangan teori makro yang telah dikemukakan oleh para ahli ekonomi dan dapat digolongkan menjadi tiga golongan; yaitu :

### 1. Model Pembangunan Tentang Perkembangan Pengeluaran Pemerintah

Pengembangan model ini dilakukan oleh Rostow dan Musgrave, dimana terdapat hubungan perkembangan pengeluaran pemerintah dengan tahap-tahap pembangunan ekonomi yang dibedakan antara tahap awal, tahap menengah, dan tahap lanjut. Musgrave memberikan penjelasan dalam suatu proses pembangunan, investasi swasta dalam persentase GNP akan bertambah besar, sedangkan persentase investasi pemerintah dalam persentase terhadap GNP akan semakin kecil. Lalu Rostow mengatakan bahwa pembangunan ekonomi, aktivitas pemerintah beralih dari penyediaan prasarana ke pengeluaran-pengeluaran untuk aktivitas sosial seperti halnya program kesejahteraan hari tua, program pelayanan kesehatan masyarakat, dan sebagainya. Perkembangan teori yang dikemukakan oleh Rostow dan Musgrave merupakan suatu pandangan berdasarkan pengamatan pembangunan ekonomi yang dialami oleh berbagai negara, tetapi tidak didasarkan oleh suatu teori tertentu.

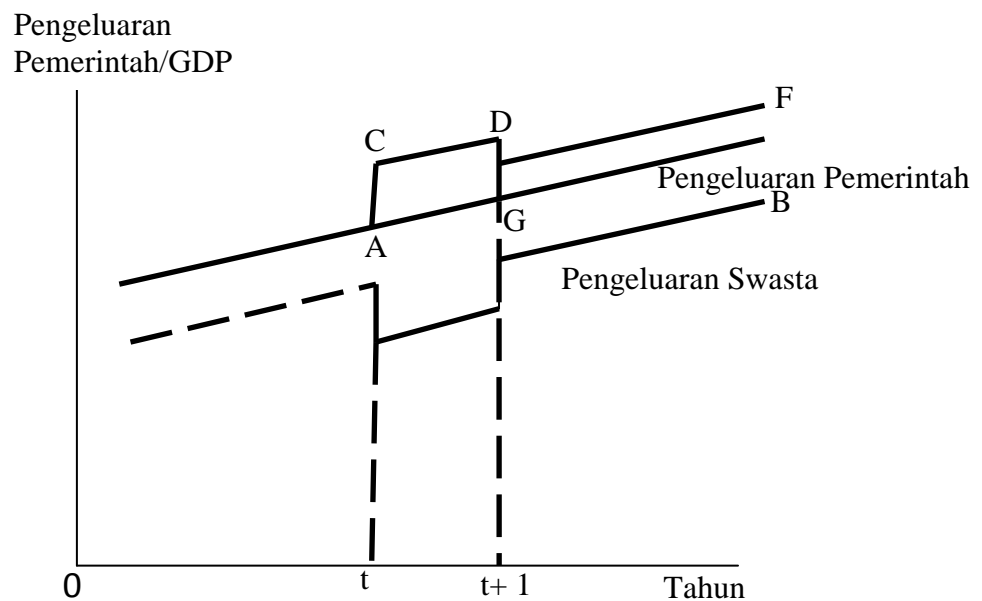
### 2. Teori Peacock dan Wiseman

Peacock dan Wiseman mendasarkan suatu pandangan bahwa pemerintah senantiasa berusaha untuk memperbesar pengeluaran, sedangkan masyarakat tidak suka membayar pajak yang terlalu besar, dimana digunakan untuk pembiayaan pengeluaran pemerintah yang semakin besar. Sehingga dapat diketahui, teori Peacock dan Wiseman merupakan dasar dari teori pemungutan suara. Mempertimbangkan



teori pemungutan suara dimana masyarakat memiliki batas toleransi pembayaran pajak. Perkembangan ekonomi menyebabkan pemungutan pajak yang semakin meningkat. Oleh karena itu, dalam keadaan normal, penerimaan pemerintah semakin besar yang disebabkan oleh peningkatan GNP, menyebabkan pengeluaran pemerintah menjadi semakin besar pula. Peacock dan Wiseman juga menjelaskan mengenai efek pengalihan (*displacement effect*) yaitu adanya suatu gangguan sosial yang menyebabkan aktivitas swasta dialihkan pada aktivitas pemerintah.

**Gambar 2.1**  
**Teori Peacock dan Wiseman**



Sumber : Guritno Mangkoesoebroto, 1993; h.174

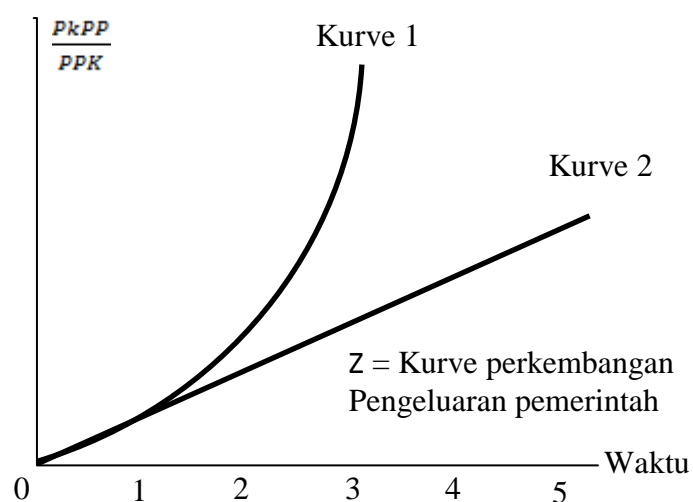
### 3. Hukum Wagner

Teori yang dikemukakan Wagner (dalam Guritno, 1993) jika pendapatan perkapita meningkat, maka secara relatif pengeluaran

pemerintah akan meningkat. Wagner menyadari akan pertumbuhan perekonomian hubungan antara industri dengan industri, hubungan industri dengan masyarakat dan sebagainya menjadi semakin rumit atau kompleks. Teori Wagner memiliki kelemahan hukum karena hukum tersebut tidak didasarkan pada suatu teori mengenai pemilihan barang-barang publik. Wagner mendasarkan pandangannya dengan suatu teori yang disebut teori organis mengenai pemerintah (*organic theory of the state*) yang menganggap pemerintah sebagai individu yang bebas bertindak, terlepas dari anggota masyarakat lainnya.

Dalam Gambar 2.2 ditunjukkan kenaikan pengeluaran pemerintah yang memiliki bentuk eksponensial yang ditunjukkan oleh kurva 1, dan bukan seperti yang ditunjukkan oleh kurva 2 yang memiliki bentuk linear.

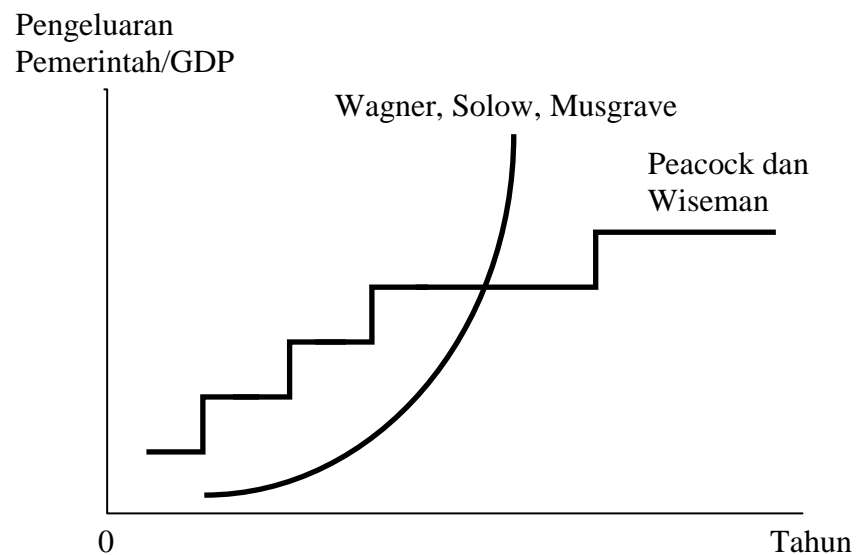
**Gambar 2.2**  
**Pertumbuhan Pengeluaran Pemerintah Menurut Wagner**



Sumber : Guritno Mangkoesoebroto, 1993; h.174

Dari berbagai macam teori yang telah dikemukakan, maka dapat digambarkan perbedaan antara hukum Wagner dan teori Peacock dan Wiseman. Dimana pandangan pengeluaran pemerintah menurut Peacock dan Wiseman tidaklah memiliki bentuk garis lurus. Hal tersebut dapat terjadi karena toleransi masyarakat terhadap pungutan pajak akan meningkat, oleh karena itu grafik dari teori ini memiliki bentuk seperti tangga.

**Gambar 2.3**  
**Kurva Perkembangan Pengeluaran Pemerintah**



Sumber : Guritno Mangkoesoebroto, 1993; h.174

Perlu dicermati bahwa teori yang dikemukakan oleh Peacock dan Wiseman mengenai toleransi pajak, yaitu batas (*limit*) perpajakan, tetapi Peacock dan Wiseman tidak menyatakan pada tingkat berapakah toleransi tersebut. Clarke (dalam Guritno, 1993) menyatakan bahwa limit perpajakan sebesar 25 persen dari pendapatan nasional dan apabila melebihi batas tersebut, maka akan terjadi inflasi dan gangguan sosial lainnya.

### 2.1.5 Klasifikasi Pengeluaran Pemerintah

Suparmoko (1994; h.47-48) mengelompokkan pengeluaran pemerintah dari berbagai segi, sehingga dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Pengeluaran merupakan investasi yang menambah kekuatan dan ketahanan ekonomi dimasa yang akan datang.
2. Pengeluaran itu langsung memberikan kesejahteraan dan kegembiraan bagi masyarakat.
3. Merupakan penghematan pengeluaran yang akan datang.
4. Menyediakan kesempatan kerja yang lebih banyak dan penyebaran tenaga beli yang lebih luas.

Berdasarkan pengeluaran pemerintah yang dinilai dari berbagai segi, maka dibedakan pula macam-macam pengeluaran pemerintah sebagai berikut :

1. Pengeluaran yang bersifat *self liquidating* sebagian atau sepenuhnya, artinya pengeluaran pemerintah mendapatkan pembayaran kembali dari masyarakat yang menerima jasa/barang yang bersangkutan. Misalnya untuk pengeluaran jasa-jasa perusahaan pemerintah atau untuk proyek-proyek produktif.
2. Pengeluaran yang tidak termasuk *self liquidating* dan tidak reproduktif, yaitu pengeluaran yang langsung menambahkan kegembiraan dan kesejahteraan masyarakat. Misalnya untuk bidang rekreasi, pendirian monument dan sebagainya.
3. Pengeluaran yang memiliki sifat reproduktif, artinya mewujudkan keuntungan-keuntungan ekonomi bagi masyarakat yang dengan

naiknya tingkat penghasilan dan sasaran pajak yang lain akhirnya akan menaikkan penerimaan pemerintah. Misalnya pengeluaran untuk bidang pertanian, pendidikan, dan pengeluaran untuk menciptakan lapangan kerja, serta memicu peningkatan kegiatan perekonomian masyarakat.

4. Pengeluaran yang merupakan penghematan di masa akan datang, misalnya pengeluaran untuk anak-anak yatim piatu, pengeluaran untuk kesehatan dan pendidikan masyarakat.
5. Pengeluaran yang secara langsung tidak produktif dan merupakan pemborosan, misalnya untuk pembiayaan pertahanan atau perang meskipun pada saat pengeluaran terjadi penghasilan yang menerimanya akan naik.

#### **2.1.6 Desentralisasi Kesehatan**

Sejak pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia mulai awal tahun 2001 dan merupakan konsekuensi dari desentralisasi secara politik yang menjadi inti dari Undang-undang No. 22 tahun 1999, dimana pada berbagai belahan negara lain desentralisasi kesehatan telah dilaksanakan selama dua dekade terakhir (Trisnantoro dan Dewi, 2008; h.16).

Trisnantoro dan Dewi (2008) mengatakan sebelum desentralisasi kesehatan, pengalokasian anggaran kesehatan di Indonesia dilakukan oleh pemerintah pusat dengan cara negosiasi ke provinsi-provinsi. Namun ketika saat desentralisasi kesehatan, secara implisit anggaran kesehatan dimasukkan kedalam alokasi anggaran pembangunan melalui Dana Alokasi Umum (DAU) yang

berbasis pada formula potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal suatu daerah. Ahmad (2011) mengatakan bahwa akibat dari pengalokasian anggaran pembangunan melalui DAU adalah sektor kesehatan harus bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkan anggaran. Salah satu kebijakan desentralisasi fiskal adalah pemberian wewenang kepada daerah untuk menentukan anggaran belanja daerah masing-masing, sehingga fungsi pemerintah daerah di sektor kesehatan adalah harus merencanakan dan menganggarkan program kesehatan dan bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkannya. Hal tersebut membawa risiko pada pelaksanaan otonomi daerah, khususnya dari segi pembiayaan, karena kemungkinan pemerintah tidak akan memprioritaskan pada sektor kesehatan dan salah satu kebijakan yang telah disepakati oleh bupati dan walikota di era desentralisasi dimana alokasi APBD sebesar 15%. Tetapi hal tersebut hanyalah sebuah wacana, dalam kenyataannya masih banyak ditemui kondisi yang tidak jauh berbeda dengan sebelum desentralisasi yaitu persentase anggaran di berbagai daerah di Indonesia sebesar 2,5% sampai maksimal 7%. Pemerintah lebih berfokus pada pembangunan fisik, sedangkan anggaran kesehatan sebagai program non fisik tidak menarik perhatian pemerintah lokal (Hendrarti, dalam Ahmad 2011).

Selain fenomena yang telah dikemukakan sebelumnya, ternyata setelah beberapa tahun pelaksanaan desentralisasi fiskal terdapat situasi dimana Dana Alokasi Umum (DAU) dan APBD ternyata jumlahnya tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Keadaan tersebut juga terjadi di daerah kaya yang sebenarnya harus memberikan lebih banyak untuk pelayanan kesehatan. Hal

ini menyebabkan gangguan diberbagai sistem di sektor kesehatan dan kehilangan koordinasi disbanding sebelum desentralisasi. Melihat fenomena tersebut maka dilakukan peningkatan pembiayaan dari pusat dengan diamandemennya UU No. 22/1999 dengan UU No. 32/2004 dengan penekanan mengenai peran pemerintah pusat dan propinsi (Trisnantoro dan Dewi, 2008; h.17).

### **2.1.7 Desentralisasi Pendidikan**

Sektor pendidikan merupakan salah satu sektor yang termasuk dalam pelayanan dasar, dimana di sektor pendidikan mengalami perubahan secara mendasar dengan dilaksanakannya otonomi daerah dan desentralisasi fiskal yang dapat dilihat dari segi birokrasi kewenangan penyelenggaraan pendidikan maupun dari aspek pendanaannya. Selanjutnya akan dijelaskan implikasi implementasi UU Pemerintahan Daerah dan UU Perimbangan Keuangan Pusat-Daerah terhadap Desentralisasi Pendidikan dengan pembahasan sebagai berikut (Alisjahbana, 2000) :

#### **1. Prinsip-prinsip Desentralisasi pendidikan**

Jenis desentralisasi pendidikan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: *pertama*, desentralisasi kewenangan di sektor pendidikan dalam hal kebijakan pendidikan dan aspek pendanaannya dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah. *Kedua*, pemberian kewenangan yang lebih besar ditingkat sekolah merupakan fokus dari desentralisasi pendidikan.

Desentralisasi pendidikan memiliki tujuan serta orientasi yang berbeda-beda berdasarkan desentralisasi pendidikan yang dilakukan oleh di beberapa negara seperti Amerika Latin dan Eropa. Jika yang

menjadi tujuan adalah pemberian kewenangan di sektor pendidikan lebih besar kepada pemerintah daerah, maka fokus desentralisasi pendidikan yang dilakukan berupa pelimpahan kewenangan yang lebih besar kepada pemerintah lokal atau Dewan Sekolah. Beda halnya jika yang menjadi tujuan desentralisasi pendidikan adalah peningkatan kualitas proses belajar mengajar dan kualitas dari hasil proses belajar mengajar tersebut, maka desentralisasi pendidikan lebih difokuskan pada reformasi proses belajar- mengajar.

Desentralisasi di sektor pendidikan dapat dipersiapkan melalui identifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap proses dan hasil belajar-mengajar, terutama pada sekolah-sekolah unggulan. Mohrman dan Wohlstetter (1994); Creemers (1994) dan Darling-Hammond (1997) seperti yang dikutip oleh Burki, et. Al (dalam Alisjahbana, 2000) memberikan kesimpulan pada karakteristik-karakteristik yang dimiliki oleh sekolah unggulan sebagai berikut : kepemimpinan yang kuat, staf pengajar dengan kualifikasi dan komitmen yang tinggi, fokus pada proses pembelajaran serta bertanggung jawab terhadap hasil yang dicapai.

## 2. Implikasi otonomi daerah dan desentralisasi fiskal terhadap desentralisasi pendidikan di Indonesia

Sistem sentralisasi di sektor pendidikan beralih menjadi desentralisasi pendidikan yang diimplementasikan melalui undang-undang tentang pemerintahan daerah dan perimbangan keuangan pusat-daerah.



Sehingga dapat dijelaskan prinsip-prinsip dan arah baru dalam pengelolaan sektor pendidikan dengan mengacu pada pembagian kewenangan antara pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten/kota serta perimbangan keuangan pusat daerah.

Lalu implikasi otonomi daerah bagi desentralisasi pendidikan sangat tergantung pada pembagian kewenangan di bidang pendidikan yang ditangani pemerintah pusat, pemerintah propinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Jika mengacu pada UU No. 22 tahun 1999 (sekarang UU No. 32 tahun 2004), maka kewenangan di bidang pendidikan terkait dengan perencanaan nasional dan pengendalian pembangunan sektoral dan nasional secara makro, kebijakan pembinaan dan pemberdayaan sumber daya manusia, kebijakan standarisasi nasional akan ditangani pusat, dan lainnya akan ditangani daerah, khususnya daerah kabupaten/kota.

### **2.1.8 Rencana Strategis Kesehatan**

Dalam rencana strategis kesehatan yang didalamnya memuat visi, misi, tujuan, strategi serta kebijakan. Visi dari dinas kesehatan Provinsi Jawa Tengah ialah menjadi institusi terdepan dalam mewujudkan Jawa Tengah sehat. Penetapan visi tersebut berdasarkan sektor kesehatan yang dianggap sebagai sektor yang penting, oleh karena itu pada sektor kesehatan perlu direncanakan sebaik-baiknya untuk mewujudkan penduduk Provinsi Jawa Tengah yang sehat. Visi tersebut dapat dicapai dengan menetapkan misi sebagai berikut :

1. Merumuskan kebijakan dan memantapkan manajemen untuk peningkatan pelayanan kesehatan.
2. Pembinaan dan pelayanan diselenggarakan secara merata, terjangkau dan bermutu bagi seluruh masyarakat.
3. Menggerakkan kemitraan dan peran serta masyarakat dalam mewujudkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
4. Adanya ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang bermutu.
5. Adanya regulasi kesehatan dan pengembangan profesionalisme untuk meningkatkan mutu sumber daya kesehatan.
6. Mendorong terwujudnya lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat dalam mengendalikan dan mencegah penyakit serta penanggulangan kejadian luar biasa.
7. Mengembangkan sistem informasi kesehatan terpadu dan penelitian kesehatan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
8. Mewujudkan sistem pembiayaan masyarakat.

Selanjutnya perlu ditetapkan tujuan pembangunan kesehatan agar visi dan misi pembangunan kesehatan dapat dicapai. Tujuan yang akan dicapai oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah secara umum ialah mewujudkan institusi yang mampu menggerakkan pembangunan kesehatan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat dalam rangka peningkatan status kesehatan, pembiayaan kesehatan dan pelayanan yang bermutu.

Dari penjabaran visi dan misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah , maka dapat disusun kebijakan pembangunan sebagai penunjuk arah dalam

menentukan konfigurasi program dan kegiatan untuk mencapai tujuan pendidikan adalah sebagai berikut :

1. Kebijakan Internal, ditempuh dalam upaya peningkatan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan, yaitu :
  - a. Pengambilan keputusan berdasarkan bukti dan hasil penelitian kesehatan.
  - b. Menghasilkan sumber daya kesehatan yang berstandar internasional.
  - c. Pengelolaan pelayanan kesehatan berbasis kinerja dan sesuai dengan regulasi yang telah ditetapkan.
  - d. Pemanfaatan tenaga kesehatan yang professional berbasis kompetensi.
2. Kebijakan Eksternal, ditempuh dalam rangka mengatur, mendorong dan memfasilitasi kegiatan masyarakat, antara lain :
  - a. Pengawasan dibidang ketersediaan pemerataan, mutu dan pelayanan dibidang farmasi termasuk obat asli Indonesia, minuman dan perbekalan kesehatan.
  - b. Peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan
  - c. Semua masyarakat terjamin pemeliharaan kesehatan
  - d. Peningkatan kesadaran masyarakat dalam rangka berperilaku hidup bersih dan sehat, perbaikan gizi masyarakat dan perbaikan sanitasi lingkungan serta pencegahan dan penanggulangan penyakit.

### **2.1.9 Rencana Strategis Pendidikan**

Dalam rencana strategis pendidikan, didalamnya memuat visi, misi, tujuan dan sasaran, strategi dan kebijakan. Visi dari dinas pendidikan Jawa Tengah ialah pendidikan Jawa Tengah bermoral, kompetitif dan cinta tanah air. Kemudian visi tersebut dapat dicapai melalui misi sebagai berikut :

1. Membangun budaya kerja prestatif dan bermoral bagi seluruh aparatur penyelenggara pendidikan.
2. Menjamin penyelenggaraan pendidikan bermutu, berkelanjutan, merata dan berkeadilan sesuai otonomi daerah dan tugas pembantuan.
3. Mewujudkan insan pendidikan berkepribadian patriotis.
4. Mengupayakan pengelolaan manajemen layanan pendidikan yang transparan, efektif dan efisien.
5. Membudayakan kepedulian dan peran serta masyarakat terhadap pembangunan pendidikan.

Dari penjabaran visi dan misi Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah , maka dapat disusun kebijakan pembangunan sebagai penunjuk arah dalam menentukan konfigurasi program dan kegiatan untuk mencapai tujuan pendidikan adalah sebagai berikut :

1. Meningkatnya pemerataan dan mutu serta pemerataan akses penyelenggaraan PAUD, pendidikan dasar, pendidikan menengah, pendidikan non formal dan informal, pendidikan khusus.
2. Meningkatkan mutu pendidik dan tenaga kependidikan pada pendidikan formal dan informal.

3. Meningkatkan tata kelola, akuntabilitas dan pencitraan publik dalam penyelenggaraan pendidikan.
4. Meningkatkan fasilitas penyelenggaraan pendidikan tinggi.
5. Meningkatkan wawasan kebangsaan, kearifan lokal dan kesetaraan gender dalam penyelenggaraan pendidikan.
6. Meningkatkan pelayanan administrasi perkantoran.

#### **2.1.10 Pengukuran Kinerja, *Outcome* dan Indikator Dalam Bidang Kesehatan dan Pendidikan**

Mardiasmo (dalam Ahmad, 2011) mengatakan bahwa pengukuran indikator bertujuan untuk memenuhi tiga maksud, yaitu : *pertama*, pengukuran kinerja sektor publik dimaksudkan untuk membantu memperbaiki kinerja pemerintah. Sasaran dan tujuan program unit kerja yang dibantu melalui ukuran kinerja agar pemerintah bisa lebih fokus. Sehingga diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas organisasi sektor publik. *Kedua*, ukuran kinerja sektor publik digunakan untuk pengalokasian sumber daya dan pembuat keputusan. *Ketiga*, ukuran kinerja sektor publik bertujuan untuk menciptakan pertanggungjawaban public dan memperbaiki komunikasi kelembagaan.

Sedangkan indikator digunakan sebagai proxy terhadap *outcome* kinerja, oleh karena itu indikator bermanfaat dalam menilai atau mengukur kinerja instansi (Ahmad, 2011). Terdapat berbagai macam literatur yang menyebutkan tentang definisi indikator. Beberapa diantaranya yang cukup baik adalah sebagai berikut :

- Indikator adalah variabel yang membantu kita dalam mengukur perubahan-perubahan yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung (WHO, dalam Departemen Kesehatan RI 2003)
- Bastian (2008) mendefinisikan indikator kinerja sebagai ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan, dengan memperhitungkan indikator masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*outcome*), manfaat (*benefit*) dan dampak (*impact*) (dalam Ahmad, 2011).
- Green (1992) memberikan definisi indikator sebagai variabel-variabel yang mengindikasi atau memberi petunjuk kepada kita tentang suatu keadaan tertentu, sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan.

Dari berbagai macam definisi indikator diatas maka dapat disimpulkan bahwa indikator merupakan variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi kerap kali hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan secara keseluruhan yang disebut sebagai pendugaan (*proxy*).

#### **2.1.10.1 Indikator Kesehatan**

Departemen Kesehatan telah merumuskan berbagai indikator untuk mencapai Indonesia sehat. Selain melalui Kementerian Kesehatan, pemerintah Indonesia juga telah ikut serta dalam MDGs, dimana MDGs merupakan

komitmen internasional untuk memberantas kelaparan serta peningkatan taraf hidup masyarakat. Tujuan keempat dari MDGs di Indonesia adalah menurunkan angka kematian anak. Keadaan tersebut penting untuk disoroti, karena anak-anak terutama bayi lebih rentan terhadap penyakit dan juga kondisi lingkungan yang kurang sehat. Olehkarena itu dalam MDGs, indikator pengurangan kematian anak merupakan hal yang penting, selain indikator usia harapan hidup. Kemudian Dinas Kesehatan RI merumuskan suatu indikator kesehatan berdasarkan visi Indonesia Sehat 2010 yang dikelompokkan ke dalam kategori indikator proses dan masukan, indikator hasil antara dan indikator hasil akhir dengan rincian sebagai berikut :

1. Indikator proses dan masukan (*input*)

- A. Pelayanan kesehatan

- a. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan
    - b. Persentase desa yang mencapai "Universal Child Immunization"
    - c. Persentase pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja
    - d. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan

- B. Sumber daya kesehatan

- a. Rasio dokter per-100.000 penduduk
    - b. Rasio dokter spesialis per-100.000 penduduk
    - c. Rasio bidan per-100.000 penduduk
    - d. Rasio perawat per-100.000 penduduk

C. Manajemen kesehatan

- a. Persentase kabupaten/kota yang memiliki dokumen sistem kesehatan
- b. Persentase kabupaten/kota yang memiliki “contingency plan” untuk masalah kesehatan akibat bencana
- c. Persentase provinsi yang mempunyai “provincial health account”

2. Indikator hasil antara (*intermediate output*)

A. Keadaan lingkungan

- a. Persentase rumah sehat
- b. Persentase tempat umum sehat

B. Perilaku hidup masyarakat

- a. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat
- b. Persentase posyandu purnama dan mandiri

C. Akses dan mutu pelayanan kesehatan

- a. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas
- b. Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit
- c. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan

3. Indikator hasil akhir (derajat kesehatan)

A. Mortalitas

- a. Angka kematian bayi per-1.000 kelahiran hidup
- b. Angka kematian balita per-1.000 kelahiran hidup



- c. Angka kematian ibu melahirkan per-100.000 kelahiran hidup

**B. Mordibitas**

- a. Angka kesembuhan malaria per-1.000 penduduk
- b. Angka kesembuhan penderita TB paru BTA+
- c. Angka kesakitan demam berdarah dengue (DBD) per-100.000 penduduk

**C. Status gizi**

- a. Persentase balita dengan gizi buruk
- b. Persentase kecamatan bebas rawan gizi

**2.1.10.2 Indikator Pendidikan**

Pendidikan dan pengajaran diperlukan dalam rangka pengembangan pribadi anak-anak seperti yang telah disebutkan dalam Undnag-undang No. 23 tahun 2003, olehkarena itu pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mewujudkan pendidikan dasar Sembilan tahun bagi semua kalangan. Selain dalam hal komitmen nasional, pemerintah Indonesia juga memiliki komitmen dalam dunia internasional melalui MDGs. Dimana tujuan kedua dalam MDGs adalah menciptakan pendidikan dasar bagi semua. Indikator yang digunakan agar tujuan kedua dapat diketahui tercapai adalah penggunaan Angka Partisipasi Murni (APM) sekolah dasar. Untuk Negara Indonesia, departemen pendidikan telah menetapkan beberapa indikator di bidang pendidikan. Indikator-indikator tersebut antara lain :

1. Indikator masukan (*input*)

A. Pembiayaan bidang pendidikan

- a. Biaya per-kapita murid
- b. Persentase anggaran pendidikan pada APBD kabupaten/kota
- c. Jumlah dana di sekolah menurut sumber

B. Penyediaan fasilitas-fasilitas pembelajaran bagi masyarakat

- a. Jumlah sekolah
- b. Ruang kelas menurut kondisi
- c. Ruang kelas menurut fasilitas
- d. Rasio siswa per kelas
- e. Rasio siswa per sekolah

C. Kualitas sumberdaya manusia termasuk tenaga pengajar

- a. Kesesuaian guru mengajar dengan jurusan ijazah
- b. Rasio murid per guru
- c. Rasio kelas per guru
- d. Jumlah tenaga penajar
- e. Persentase guru mengajar dengan jurusan ijazah

2. Indikator hasil antara (*intermediate output*)

A. Angka naik kelas

B. Angka lulus

C. Rata-rata UAN

D. Persentase akreditasi sekolah

### 3. Indikator hasil akhir (*outcomes*)

- a. Angka melanjutkan
- b. Angka melek huruf
- c. Angka partisipasi sekolah (APS)
- d. Angka partisipasi murni (APM)
- e. Angka partisipasi kasar (APK)
- f. Rata-rata lama sekolah
- g. Angka putus sekolah (APTS)

#### **2.1.11 Hubungan Desentralisasi Fiskal Dengan *Outcomes* Bidang Kesehatan dan Pendidikan**

Desentralisasi pada prinsipnya bertujuan untuk menciptakan efisiensi dalam sektor publik baik dalam hal produksi, distribusi pelayanan, meningkatkan kualitas pembuatan keputusan dengan menggunakan informasi lokal, meningkatkan akuntabilitas dan meningkatkan kemampuan respon terhadap kebutuhan dan kondisi lokal (Giannoni, dalam Ahmad 2011). Hal inilah yang mendorong desentralisasi diserahkan dan dilaksanakan pemerintah daerah yakni kabupaten/kota. Sehingga dapat diketahui bahwa Desentralisasi fiskal merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk untuk mendorong perekonomian daerah maupun nasional. Melalui mekanisme hubungan keuangan yang lebih baik diharapkan akan tercipta kemudahan dalam pelaksanaan pembangunan di daerah, yang pada akhirnya berimbas pada perekonomian yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

*Outcomes* bidang pendidikan yang dicerminkan melalui angka partisipasi murni SD/MI. Proksi dari *outcomes* bidang pendidikan merupakan indikator yang digunakan untuk mengetahui pencapaian target tujuan MDGs yang ke-2 yaitu mencapai pendidikan dasar untuk semua. Angka partisipasi murni SD dapat menunjukkan proporsi anak pada satu kelompok usia tertentu yang bersekolah pada jenjang yang sesuai, sehingga dapat digunakan untuk mengukur proporsi anak yang bersekolah tepat pada waktunya.

*Outcomes* bidang kesehatan yang diproyeksikan melalui angka kematian balita merupakan indikator yang digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, selain itu indikator tersebut merupakan *outcomes* dalam indikator Indonesia sehat dan merupakan tujuan ke-4 dari *millennium development goals* (MDGs). Angka kematian balita didefinisikan sebagai kematian balita sebelum mencapai usia lima tahun. Oleh karena itu angka mortalitas tersebut sangat sensitif terhadap perubahan tingkat kesehatan dan kesejahteraan.

Menurut Todaro (2006), kesehatan merupakan inti dari kesejahteraan, dan pendidikan adalah hal yang pokok untuk menggapai kehidupan yang memuaskan dan berharga; keduanya adalah hal yang fundamental untuk membentuk kemampuan manusia yang lebih luas yang berada pada inti makna pembangunan. Dari hal tersebut dapat diketahui bahwa desentralisasi yang bertujuan untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat, yang kemudian kesejahteraan tersebut dapat dicapai melalui kesehatan dan pendidikan yang memadai. Desentralisasi fiskal kemudian menyediakan pembiayaan untuk mendukung pelayanan publik di bidang kesehatan dan pendidikan. Selain itu Prud'Homme (1995) meyakini bahwa

desentralisasi fiskal memberikan hasil yang lebih baik terhadap penyediaan pelayanan publik. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ahmad (2011) mengenai pengaruh desentralisasi fiskal bidang kesehatan terhadap angka kematian bayi memiliki pengaruh secara negatif. Untuk penelitian bidang pendidikan yang dilakukan oleh Akpan (2011) mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka melek huruf menunjukkan pengaruh yang positif.

Berdasarkan penjelasan tersebut maka hubungan desentralisasi fiskal dengan *outcome* bidang kesehatan yang dicerminkan melalui angka kematian balita memiliki sifat negatif, dimana saat desentralisasi fiskal meningkat maka angka kematian balita menurun. Sedangkan *outcome* bidang pendidikan yang dicerminkan melalui angka partisipasi murni SD/MI memiliki sifat positif, dimana saat desentralisasi fiskal meningkat, maka angka partisipasi murni SD/MI juga ikut meningkat.

#### **2.1.12 Hubungan PDRB Perkapita Dengan *Outcomes* Bidang Kesehatan dan Pendidikan**

PDRB didefinisikan sebagai jumlah nilai tambah yang dihasilkan oleh seluruh unit usaha dalam wilayah tertentu (BPS Jateng, 2010). Sedangkan PDRB per kapita merupakan jumlah PDRB suatu kabupaten/kota dibagi dengan jumlah penduduk pada pertengahan tahun di kabupaten/kota yang sama (Ahmad, 2011). PDRB yang digunakan ialah PDRB berdasarkan harga berlaku, agar data PDRB dapat mencerminkan pendapatan kotor masyarakat yang sesungguhnya karena telah memasukkan unsur inflasi didalamnya. Jadi Nilai yang berada di PDRB perkapita menunjukkan pendapatan kotor per kepala atau persatu orang penduduk.

Suparmoko (2002) mengatakan bahwa tiap orang berkesempatan untuk bekerja dan meningkatkan pendapatnya, sehingga dapat memberikan dampak terhadap kesejahteraan masyarakat. Sedangkan kondisi sejahtera yang diungkapkan oleh Midgley (dalam Suharto, 2006) terjadi ketika kehidupan manusia aman dan bahagia karena kebutuhan dasar akan kesehatan, pendidikan dan tempat tinggal terpenuhi. Selain itu penelitian yang telah dilakukan oleh Ahmad (2011) menunjukkan adanya pengaruh negatif dan signifikan antara PDRB perkapita terhadap angka kematian bayi. Karena angka kematian baik untuk bayi maupun balita sangat sensitif terhadap perubahan kesejahteraan, maka angka kematian balita dan ibu juga memiliki sifat negatif terhadap PDRB perkapita, mengingat PDRB perkapita dapat merefleksikan kemampuan pembiayaan yang dikeluarkan dari uang pribadi. Sedangkan dalam konteks internasional, terdapat penelitian dalam bidang pendidikan yang telah dilaksanakan oleh Akpan (2011) dan Pena (2007) untuk melihat pengaruh pendapatan internal terhadap *outcomes* pendidikan berupa angka melek huruf dan angka melanjutkan. Hasil dari penelitian tersebut adalah pendapatan internal dapat meningkatkan angka melek huruf, dari hal tersebut dapat diketahui bahwa pendapatan internal memiliki sifat positif terhadap angka melek huruf. Begitu juga dengan angka partisipasi murid yang dapat berfungsi untuk mengetahui proporsi anak yang bersekolah tepat pada waktunya, dimana angka partisipasi tersebut didukung oleh pendapatan yang dicerminkan melalui PDRB perkapita. Seperti APM SD/MI, pada angka melanjutkan yang menunjukkan kemampuan anak untuk melanjutkan ke pendidikan yang lebih tinggi juga dipengaruhi oleh

pendapatan yang dicerminkan melalui PDRB perkapita, karena PDRB perkapita dapat merefleksikan kemampuan pembiayaan yang dikeluarkan dari uang pribadi guna melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi.

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa peningkatan yang terjadi pada PDRB perkapita akan memiliki pengaruh yang bersifat negatif terhadap angka kematian balita. Jika PDRB perkapita meningkat, maka angka kematian balita akan menurun dan sebaliknya jika PDRB perkapita menurun maka angka kematian balita akan meningkat. Selanjutnya hubungan PDRB perkapita dengan *outcomes* bidang pendidikan yang dicerminkan melalui angka partisipasi murni SD/MI memiliki sifat positif. Jika PDRB perkapita meningkat maka angka partisipasi murid SD/MI akan meningkat pula. Demikian sebaliknya, jika PDRB perkapita menurun maka angka partisipasi murid SD/MI juga ikut menurun.

#### **2.1.13 Hubungan Pelayanan Kesehatan Dengan *Outcomes* Bidang Kesehatan**

Pelayanan kesehatan dalam penelitian ini dicerminkan melalui persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Persentase persalinan yang ditolong tenkes dalam profil indikator kesehatan Indonesia (2010) didefinisikan sebagai ibu hamil yang bersalin dengan mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Semakin besarnya persentase persalinan yang ditolong tenkes menunjukkan adanya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan. Semakin banyak masyarakat yang menggunakan pelayanan

kesehatan, dalam hal ini persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan, maka diharapkan dapat menurunkan kematian balita yang didalamnya terdapat kematian bayi yang baru dilahirkan, kematian ibu yang melahirkan yang biasanya penyebab kematian ibu karena pendarahan, gangguan akibat tekanan darah tinggi, komplikasi aborsi dan infeksi (Dinas Kesehatan). Pada nantinya bila pertolongan persalinan berjalan lancar, diharapkan akan menghasilkan balita yang sehat. Penjelasan diatas diperkuat dengan penelitian yang telah dilakukan Rosy (2010) yang menemukan bahwa persentase persalinan yang dibantu tenaga kesehatan memiliki hubungan negatif dan signifikan terhadap angka kematian bayi yang merupakan *outcomes* dari kesehatan.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka dapat diketahui hubungan angka kematian balita dengan persentase persalinan yang ditolong tenkes yang bersifat negatif. Jika persentase persalinan pertolongan tenkes meningkat, maka angka angka kematian balita akan menurun, demikian pula jika persentase pertolongan tenkes menurun maka angka kematian balita akan meningkat.

#### **2.1.14 Hubungan Sumberdaya Kesehatan Dengan *Outcomes* Bidang Kesehatan**

Sumberdaya kesehatan dicerminkan melalui rasio dokter per 100.000 penduduk. Dalam indikator Indonesia sehat 2010 (2003) memberikan definisi terhadap dokter yang dimaksud adalah dokter yang memberikan yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan). Dalam rasio dokter per 100.000 penduduk tersebut dapat diketahui jumlah dokter yang menanggung 100.000 penduduk. Angka pada rasio dokter jika menunjukkan



angka yang lebih tinggi dari tahun sebelumnya, maka hal tersebut menandakan adanya penambahan jumlah dokter dalam 100.00 penduduk. Harapan dengan bertambahnya angka rasio dokter per 100.000 penduduk, semakin banyak pasien yang dilayani dokter dengan optimal, mengingat dokter merupakan salah satu indikator sumberdaya kesehatan yang penting.

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia 2006 (dalam Departemen Kesehatan RI, 2008) dapat diketahui penyebab angka kematian ibu paling umum yang terjadi di Indonesia adalah pendarahan 28%, eklamasi 24% dan infeksi 11%. Kemudian untuk angka kematian bayi disebabkan oleh BBLR 38,94%, afiksia lahir 27,97%. Dari kondisi tersebut dapat diketahui bahwa 66,91% kematian pada ibu dan kematian pada balita yang didalamnya terdapat kematian bayi yang dipengaruhi oleh kondisi ibu saat melahirkan. Dimana saat melahirkan tentu membutuhkan sumberdaya kesehatan yang memadai agar persalinan berjalan dengan lancar dan berhasil. Berdasarkan artikel yang diterbitkan Kementerian Kesehatan RI, penyebab utama kematian balita adalah pneumonia, sebanyak 15,5% kematian pada balita disebabkan karena penyakit tersebut yang termasuk dalam golongan penyakit ISPA. Upaya pemerintah dalam menurunkan penyakit tersebut adalah pendeteksian penyakit sedini mungkin melalui pelayanan kesehatan dasar yang membutuhkan sumberdaya kesehatan yang memadai, seperti tersedianya dokter yang memadai guna menangani pasien. Selain itu terdapat studi yang dilakukan oleh Rubio (2010) mengenai pengaruh rasio dokter terhadap angka kematian bayi. Penelitian tersebut menemukan hubungan yang signifikan

dan negatif antara rasio dokter terhadap *outcomes* kesehatan berupa angka kematian bayi.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka hubungan antara pelayanan kesehatan dengan *outcomes* bidang kesehatan seperti angka kematian balita memiliki sifat negatif. Jadi apabila rasio dokter per 100.000 meningkat maka akan menurunkan angka kematian dan sebaliknya, jika rasio dokter per 100.000 penduduk mengalami penurunan maka akan meningkatkan angka kematian balita.

#### **2.1.15 Hubungan Rasio Murid Per Guru dan Jumlah Tenaga Pengajar Dengan *Outcomes* Bidang Pendidikan**

Rasio murid per guru merupakan perbandingan antara jumlah murid dengan jumlah guru di wilayah dan tahun tertentu. Rasio murid per guru dapat digunakan untuk menggambarkan beban tanggungan seorang guru dalam mengajar. Dalam PP No. 74 tahun 2008 mendefinisikan guru sebagai pendidik profesional dengan tugas utama mendidik, mengajar, membimbing, mengarahkan, melatih, menilai, dan mengevaluasi peserta didik. Guru sebagai salah satu input pendidikan, memegang peranan penting dalam pembentukan kualitas murid yang diajar. Hal tersebut dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Archer (1999) yang menyebutkan bahwa guru-guru mempunyai pengaruh terhadap kemajuan murid, bahkan lebih penting daripada status sosial ekonomi dan lokasi sekolah. Angka rasio murid guru yang semakin meningkat menunjukkan adanya jumlah guru yang sedikit dalam mengampu suatu murid di wilayah tertentu yang berakibat semakin tingginya beban tanggungan guru sehingga dapat menurunkan tingkat produktivitas seorang guru.

Dalam penelitian ini, *Outcomes* bidang pendidikan yang dicerminkan melalui angka partisipasi murni SD/MI. Angka partisipasi murni SD/MI dapat menunjukkan proporsi anak pada satu kelompok usia tertentu yang bersekolah pada jenjang yang sesuai, sehingga dapat digunakan untuk mengukur proporsi anak yang bersekolah tepat pada waktunya. Selain itu indikator tersebut juga digunakan dalam penelitian yang dilakukan oleh Pena (2007).

Dari definisi indikator yang digunakan sebagai *outcomes* bidang pendidikan dan penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diketahui pencapaian hasil akhir dipengaruhi oleh input tenaga pengajar pada jenjang pendidikan yang bersangkutan. Kemudian dapat diketahui hubungan antara rasio murid per guru dengan *outcomes* bidang pendidikan yang dicerminkan melalui angka partisipasi murni SD/MI yang memiliki sifat negatif. Jika angka rasio murid per guru meningkat maka angka partisipasi murid SD/MI akan menurun. Demikian sebaliknya, jika angka rasio murid per guru menurun maka angka melanjutkan, angka partisipasi dan angka melek huruf justru akan meningkat.

Sementara itu banyaknya jumlah tenaga pengajar memiliki pengaruh terhadap pencapaian murid dalam pelajaran. Pernyataan tersebut diperkuat dengan adanya penelitian yang dilakukan oleh Archer (1999) menyebutkan bahwa guru-guru mempunyai pengaruh yang paling penting terhadap kemajuan murid. Berdasarkan penjelasan tersebut maka dapat diketahui bahwa jumlah guru yang memadai dalam artian tidak kekurangan guru, maka akan mengurangi beban tanggungan guru dan pengajaran mata pelajaran kepada murid-murid menjadi lebih optimal. Selain itu penambahan jumlah guru, tentu akan menambah

kapasitas daya tampung murid, selain jumlah kelas. Jadi dapat diketahui hubungan antara jumlah guru dengan angka partisipasi murni SD/MI. Jika semakin banyak jumlah guru maka akan meningkatkan angka partisipasi murni SD/MI. Demikian sebaliknya, jika semakin sedikit jumlah guru maka angka partisipasi murni SD/MI akan menurun pula.

## **2.2 Penelitian Terdahulu**

Penelitian mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan baik nasional maupun internasional telah dilakukan dan memberikan hasil yang berbeda-beda. Studi yang telah dilakukan oleh Akpan (2011) menemukan tingkat desentralisasi fiskal berpengaruh negatif terhadap tingkat kematian (*mortality rate*) dan memiliki pengaruh positif terhadap tingkat kemampuan membaca (*literacy rate*). Lalu pada tahun 2001 Robalino, Picazo, dan Voetberg menemukan hubungan negatif antara desentralisasi fiskal dan kematian bayi, manfaat untuk desentralisasi sangat penting untuk negara-negara miskin. Dari Indonesia, Ahmad (2009) memperoleh hasil yang berbeda dengan penelitian sebelumnya yaitu desentralisasi fiskal bidang kesehatan tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap angka kematian bayi. Pena (2007) juga menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* pendidikan berupa angka melanjutkan (*survival rate*), penelitian yang dilakukan oleh Pena (2007) menemukan hubungan positif antara desentralisasi fiskal terhadap angka melanjutkan. Kemudian Uchimura (2007) memperoleh hasil penelitian bahwa daerah yang lebih terdesentralisasi memiliki angka kematian bayi yang rendah. Hasil yang sama didapat dari penelitian Rubio (2010) yang menemukan

hubungan negatif dan signifikan antara desentralisasi fiskal, rasio dokter dan tingkat pendidikan terhadap angka kematian bayi.

### **2.2.1 Dampak Desentralisasi Fiskal Terhadap Outcomes Bidang Kesehatan:**

#### **Studi Empiris di Kabupaten/Kota Propinsi Sumatera Barat (Afridian Wirahadi Ahmad)**

Saat ini, isu pokok bukan lagi pada bagaimana menciptakan transfer sehingga sumber dana untuk daerah (terutama daerah miskin) berjumlah relatif cukup memadai dan antara daerah satu dengan lainnya dibuat tidak terlalu timpang. Isu pokok sekarang adalah bagaimana mengarahkan daerah, terutama daerah-daerah yang tidak kaya untuk bisa menggunakan APBDnya secermat mungkin dan berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat (Hirawan, 2007). Upaya-upaya yang dilakukan pemerintah daerah untuk meningkatkan penerimaan daerah selama ini kurang diikuti upaya untuk meningkatkan pelayanan publik (Halim dkk [2004] dalam Agustino [2005]).

Penelitian ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat perbedaan alokasi realisasi belanja pembangunan bidang kesehatan di APBD antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal, selain itu juga bertujuan untuk menguji pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita dan jumlah tenaga medis terhadap angka kematian dan juga untuk menguji pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit terhadap usia harapan hidup.

Pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita dan jumlah tenaga medis terhadap angka kematian dinyatakan dalam persamaan sebagai berikut :

$$AKB_{rt} = \alpha + \beta_1 DFK_{rt} + \beta_2 PDRB_{rt} + \beta_3 MDS_{rt} + e_{rt}$$

Dimana,

$AKB_{rt}$  = Melambangkan indikator kesehatan yakni angka kematian bayi

$DFK_{rt}$  = Melambangkan indikator desentralisasi fiskal bidang kesehatan yakni realisasi belanja pemda dibidang kesehatan di APBD

$PDRB_{rt}$  = Melambangkan pendapatan domestik regional bruto (PDRB) per kapita berdasarkan harga yang berlaku

$MDS_{rt}$  = Jumlah tenaga medis yakni dokter, bidan dan perawat

$e_{rt}$  = Error

r = Melambangkan kabupaten/kota di propvinsi Sumatera Barat

t = Melambangkan waktu dari tahun 2001-2007

Sedangkan pengaruh variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit terhadap usia harapan hidup dinyatakan dalam persamaan sebagai berikut :

$$UHH_{rt} = \alpha + \beta_1 DFK_{rt} + \beta_2 PDRB_{rt} + \beta_3 MDS_{rt} + \beta_4 TT_{rt} + e_{rt}$$

Dimana,

$UHH_{rt}$  = Melambangkan indikator kesehatan yakni usia harapan hidup

$DFK_{rt}$  = Melambangkan indikator desentralisasi fiskal bidang kesehatan yakni realisasi belanja pemda dibidang kesehatan di APBD

$PDRB_{rt}$  = Melambangkan pendapatan domestik regional bruto (PDRB) per kapita berdasarkan harga yang berlaku

$MDS_{rt}$  = Jumlah tenaga medis yakni dokter, bidan dan perawat

$TT_{rt}$  = Melambangkan tempat tidur tersedia di rumah sakit

$e_{rt}$  = Error

r = Melambangkan kabupaten/kota di propvinsi Sumatera Barat

t = Melambangkan waktu dari tahun 2001-2007

Hasil penelitian ini secara empiris menunjukkan hasil bahwa terdapat beda porsi realisasi belanja pembangunan bidang kesehatan di APBD kota/kabupaten di Sumatera Barat antara sebelum dan sesudah desentralisasi fiskal. Terdapat peningkatan porsi belanja pembangunan dalam realisasi APBD Kabupaten/Kota di Sumatera Barat setelah diterapkannya desentralisasi fiskal dan desentralisasi bidang kesehatan pada tahun 2001.

Hasil regresi terhadap pengujian pengaruh variabel desentralisai fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita dan jumlah tenaga medis terhadap angka kematian menunjukkan hasil bahwa hanya variabel PDRB yang secara statis berpengaruh negatif secara signifikan terhadap angka kematian bayi. Sedangkan variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan dan jumlah tenaga medis secara statis tidak berpengaruh signifikan terhadap angka kematian bayi.

Hasil regresi terhadap pengujian pengaruh desentralisasi fiskal bidang kesehatan, PDRB per kapita, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit terhadap usia harapan hidup menunjukkan hasil bahwa hanya variabel PDRB yang secara statis berpengaruh positif secara signifikan

terhadap usia harapan hidup. Sedangkan variabel desentralisasi fiskal bidang kesehatan, jumlah tenaga medis dan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit secara statis tidak berpengaruh signifikan terhadap usia harapan hidup.

### 2.2.2 Fiscal Decentralication and Social Outcomes in Nigeria (Eme O. Akpan)

Desentralisasi fiskal menjadi populer di seluruh dunia. Banyak gerakan terhadap devolusi yang didorong terhadap keyakinan bahwa desentralisasi fiskal memiliki efek positif pada efisiensi pemerintahan dan pelayanan. Secara umum mengasumsikan adanya transfer wewenang dan sumber peningkatan yang lebih rendah di pemerintahan untuk menentukan kebijakan publik yang lebih baik untuk kebutuhan lokal dan mengalokasikan sumberdaya. Semua diharapkan untuk memimpin perbaikan di tingkat daerah dan kinerja perekonomian secara keseluruhan.

Tujuan dari penelitian ini secara spesifik adalah 1) mengestimasi efek dari desentralisasi pelayanan kesehatan (*infant mortality rate*) dan 2) menguji efek desentralisasi pada *outcome* bidang pendidikan (*literacy rate*) di Nigeria.

Basis model untuk mengestimasi efek dari desentralisasi pelayanan kesehatan, dinyatakan dalam persamaan sebagai berikut :

$$\log IMR_{it} = a_0 + a_1 \log S_{it} + a_2 \log POPN_{it} + a_3 \log OS + v_i + e_{it}$$

Dimana,

IMR = Infant mortality rate

S = Persentase total penerimaan yang dikelola oleh pemerintah negara

X = Vektor indikator structural (population growth and own source of revenue)



$v_i$  = Goncangan spesifik negara

$e$  = white noise

Basis model untuk menguji efek desentralisasi pada outcome bidang pendidikan, dinyatakan dalam persamaan sebagai berikut :

$$\log LR_{it} = b_0 + b_1 \log S_{it} + b_2 \log POPN_{it} + b_3 \log OS + v_i + e_{it}$$

Dimana,

LR = Literacy rate

S = Persentase total penerimaan yang dikelola oleh pemerintah negara

X = Vektor indikator structural (population growth and own source of revenue)

$v_i$  = Goncangan spesifik negara

$e$  = white noise

Hasil penelitian dengan menggunakan model diatas menunjukkan bahwa tingginya desentralisasi fiskal secara konsisten berhubungan dengan rendahnya tingkat kematian (*mortality rate*) dan tingginya tingkat kemampuan membaca (*literacy rate*), manfaat dari desentralisasi fiskal tidak terlalu penting bagi negara-negara dengan populasi yang tinggi dan menghasilkan pendapatan internal yang rendah, pendapatan internal meningkatkan tingkat kemampuan membaca (*literacy rate*) dan mengurangi kematian bayi (*infant mortality*). Hal ini menunjukkan kebutuhan untuk meningkatkan otonomi negara dan mengurangi ketergantungan transfer dari pusat.

### 2.2.3 Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence from a Cross-Country analysis (David A. Robalino, Oscar F. Picazo, Albertus Voetberg)

Desentralisasi menjadi komponen yang populer saat reformasi kebijakan. Dalam sektor kesehatan, desentralisasi pada pembiayaan dan tanggung jawab adalah salah satu topik yang penting dan menjadi agenda yang dimunculkan di organisasi pemerintahan nasional. Adanya desentralisasi, tanggung jawab fiskal untuk pelayanan dengan pengelolaan ditingkat lokal yang mempunyai insentif untuk meningkatkan efisiensi yang dapat disimpan dan digunakan untuk daerah lain.

Penelitian ini berusaha untuk mengisi bagian yang kosong pada pengukuran kuantitatif mengenai dampak dari desentralisasi. Fokus kita adalah dampak desentralisasi fiskal pada indikator dari *outcomes* bidang kesehatan, angka kematian bayi.

Untuk mengetahui dampak desentralisasi fiskal, dinyatakan dalam persamaan sebagai berikut :

$$\log IMR_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 \log GDP_{it} + \alpha_2 \log S_{it} + \log S_{it}(Xb') + v_i + e_{it}$$

Dimana,

IMR = Infant Mortality Rate (Angka Kematian Bayi) yang diukur dalam kematian per 1000 kelahiran hidup

GDP = Gross Domestic Product (PDB)

S = Persentase dari total pengeluaran yang dikelola oleh pemerintah lokal

X = Vektor indikator structural

$v_i$  = Goncangan spesifik negara

$e$  = white noise

Penelitian ini menghasilkan 5 hasil utama, yaitu : 1) tingginya desentralisasi fiskal adalah berhubungan secara konsisten dengan penurunan angka kematian bayi, 2) manfaat dari desentralisasi fiskal sangat penting untuk negara-negara miskin, 3) efek positif dari desentralisasi fiskal pada angka kematian bayi yang ditingkatkan di lingkungan kelembagaan dengan hak politik yang kuat, 4) desentralisasi fiskal muncul sebagai mekanisme untuk meningkatkan *outcomes* bidang kesehatan dalam lingkungan dengan level korupsi yang tinggi, 5) lingkungan dengan tingkat fraksionalisasi etnolinguistik tinggi cenderung mengurangi manfaat dari desentralisasi fiskal.

#### **2.2.4 Evaluating The Effects Of Decentralization on Educational Outcomes in Spain (Paula Salinas P., Albert Sole O.)**

Desentralisasi yang banyak digunakan diberbagai belahan dunia baru-baru ini guna untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas penyediaan barang publik dan jasa. Meskipun banyak penelitian yang telah dilakukan mengenai desentralisasi, bukti empiris mengenai pengaruh desentralisasi pada efisiensi dan *outcomes* dari kebijakan publik terbatas. Dengan demikian, ketika kebijakan desentralisasi populer, diperlukan tambahan studi mengenai pengaruhnya.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh desentralisasi di Spanyol terhadap *outcomes* bidang pendidikan, dimana pengukuran menggunakan *survival rate* (angka melanjutkan) didefinisikan sebagai proporsi murid yang memilih untuk tetap bersekolah setelah menyelesaikan wajib belajar.

Untuk mengetahui dampak desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang pendidikan (angka melanjutkan), maka dapat digunakan model sebagai berikut :

$$Y_{it} = g_t(X_i) + d_{it}\alpha_{it}(X_i) + U_{it}$$

Dimana :

$Y_{it}$  = *survival rate* (angka melanjutkan)

$X_i$  = vector dari variabel eksplanatori, yang terdiri input sekolah (rasio murid per guru), input keluarga (pendapatan perkapita dan *population background*) dan tingkat pengangguran

$d_{it}$  = desentralisasi fiskal

$U_{it}$  = idiosyncratic

Penelitian ini menghasilkan bahwa desentralisasi fiskal memiliki pengaruh positif terhadap *outcomes* bidang pendidikan yang diukur menggunakan angka melanjutkan (*survival rate*). Selain itu ditemukan bahwa daerah yang memiliki surplus anggaran publik atau memiliki derajat desentralisasi yang tinggi akan mendapatkan manfaat yang lebih besar dari diberlakukannya desentralisasi fiskal.

### 2.2.5 Fiscal Decentralization, Chinese Style: Good for Health Outcomes?

(Hiroko Uchimura dan Johannes Jutting)

Desentralisasi yang banyak menjadi tren diberbagai belahan dunia menarik untuk diteliti. Negara China sangat menarik untuk diteliti apakah desentralisasi fiskal benar-benar memimpin untuk peningkatan barang public dan pelayanan lokal di China. Sektor kesehatan di China menarik untuk dinilai dampak desentralisasi fiskal pada barang publik, mengingat negara China memiliki luas wilayah yang besar serta populasi yang tinggi.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan di China dengan menggunakan data panel.

Model dasar yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

$$y_{it} = \alpha + \beta X_{it} + \gamma C_{it} + v_{it}$$

Dimana :

$y$  = *infant mortality rate* (angka kematian bayi)

$X$  = desentralisasi fiskal

$C$  = control variabel (tingkat buta huruf, tingkat kelahiran, GDP perkapita, total pengeluaran fiskal relative untuk GDP, rasio penduduk desa ke kota)

$v$  = *error term*

Penelitian ini menemukan bahwa daerah yang lebih terdesentralisasi memiliki angka kematian bayi yang rendah .

### **2.2.6 Is Fiscal Decentralization Good For Your Health? Evidence from A Panel of OECD Countries (Dolores Jiménez-Rubio)**

Banyak negara diberbagai belahan dunia melimpahkan sistem kesehatan ke tingkat lokal, hal tersebut membuktikan bahwa terdapat dampak yang potensial dari reformasi. Sampai saat ini banyak literatur yang berdiskusi mengenai teori tentang potensi keuntungan dan kerugian dari sistem transfer dari pusat ke daerah. Desentralisasi diperkirakan akan meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan.

Tujuan utama dari penelitian ini adalah menggunakan analisis empiris untuk memberikan informasi yang paling tepat mengenai desentralisasi dari sistem kesehatan.

Model dasar yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

$$H_{ij} = \alpha_i + \beta X_{ij} + \delta Z_{ij} + \varepsilon_{it}$$

Dimana :

$H$  = status kesehatan (*infant mortality rate*)

$X$  = desentralisasi fiskal

$Z$  = control variabel (rasio dokter per-penduduk, GDP per-kapita, tingkat pendidikan, konsumsi alkohol dan rokok)

$\varepsilon$  = *error term*

Penelitian ini menemukan bahwa terdapat hubungan yang negatif dan signifikan antara desentralisasi fiskal, rasio dokter, tingkat pendidikan terhadap angka kematian bayi.

### 2.3 Kerangka Pemikiran

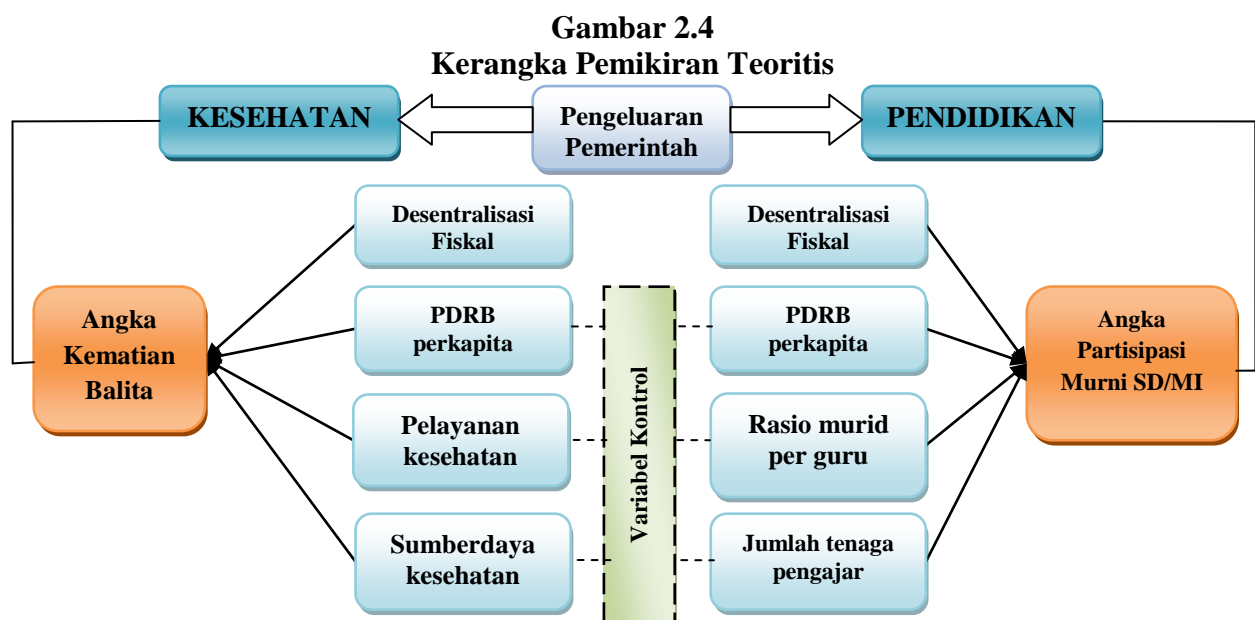
Pengeluaran untuk sektor kesehatan dan pendidikan yang meningkat tiap tahun ternyata belum diimbangi dengan hasil akhir yang dicapai terhadap kesehatan dan pendidikan. Pencapaian hasil akhir di sektor kesehatan dapat diukur dengan menggunakan angka kematian balita (AKABA). Sedangkan pencapaian hasil akhir di sektor pendidikan menggunakan pengukuran melalui angka partisipasi murni sekolah dasar (APM SD/MI). Penggunaan indikator tersebut telah disesuaikan dengan deklarasi millennium yang merupakan kesepakatan kepala negara dan perwakilan dalam sidang Persatuan Bangsa-Bangsa tahun 2000 yang dikenal dengan *Millenium Development Goals* (MDGs), dimana pemerintah Indonesia juga mengarusutamakan MDGs dalam pembangunan.

Berbagai penelitian yang telah dilakukan di berbagai negara termasuk Indonesia, memberikan hasil penelitian yang beragam pula. Seperti, desentralisasi fiskal memiliki pengaruh negatif maupun positif terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan. Masih minimnya tinjauan empiris dengan studi kasus daerah di Indonesia yang membahas pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan serta berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Uchimura (2007), Akpan (2011), Ahmad (2011), Pena (2007), Rubio (2010), Robalino (2011) telah menginspirasi penulis untuk menganalisis pengaruh desentralisasi fiskal terhadap angka kematian balita dan angka partisipasi murni (APM) SD/MI. Penelitian ini memiliki perbedaan dari penelitian sebelumnya berupa indikator *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan, cakupan daerah serta tahun yang digunakan. Penelitian ini juga memiliki kelebihan berupa penyesuaian indikator *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan yang telah disesuaikan dengan *Millenium Development Goals* (MDGs) di Indonesia tahun 2015. Pengukuran *outcomes* bidang kesehatan melalui angka kematian balita yang dianggap mampu mencerminkan kematian anak-anak sesungguhnya dan *outcomes* bidang pendidikan berupa angka partisipasi murni (APM) SD/MI yang menjadi indikator pertama dalam tujuan pembangunan millennium yang kedua yaitu mencapai pendidikan dasar untuk semua.

Dalam penelitian ini juga menggunakan variabel kontrol, selain variabel independen yang digunakan berupa desentralisasi fiskal. Variabel kontrol untuk sektor kesehatan berupa PDRB perkapita, pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan dan sektor pendidikan berupa PDRB perkapita, rasio murid per guru

dan jumlah guru. Pertimbangan penggunaan variabel kontrol karena hasil analisis yang didapat diharapkan mampu lebih menjelaskan fenomena dengan optimal, karena variabel desentralisasi fiskal yang juga mempengaruhi variabel dependen, pengaruhnya menjadi terputus, sehingga dapat memiliki kekuatan statistik yang lebih tinggi.

Secara sistematis hubungan antara desentralisasi fiskal dengan *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan dapat digambarkan sebagai berikut.



## 2.4 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara atas rumusan dalam masalah penelitian, karena jawaban yang diberikan baru berdasarkan pada teori-teori yang relevan, belum didasarkan terhadap fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Hipotesis dapat juga dipandang sebagai kesimpulan yang memiliki sifat sangat sementara.



Berdasarkan pada teori, studi terdahulu serta laporan dari pemerintah, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Diduga terdapat pengaruh negatif dan signifikan antara desentralisasi fiskal dengan angka kematian balita.
2. Diduga terdapat pengaruh positif dan signifikan antara desentralisasi fiskal dengan angka partisipasi murni SD/MI.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel**

##### **3.1.1 Variabel Penelitian**

Nazir (1998) mendefinisikan variabel sebagai suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (dalam Rusydi, 2010).

Penelitian ini dibagi menjadi 2 penelitian, yaitu penelitian mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan penelitian mengenai pengaruh desentralisasi fiskal terhadap *outcomes* bidang pendidikan. Persamaan untuk bidang kesehatan menggunakan indikator hasil akhir (*outcomes*) berupa angka kematian balita sebagai variabel dependen. Persamaan untuk bidang pendidikan menggunakan indikator hasil akhir (*outcomes*) berupa angka partisipasi murni SD/MI sebagai variabel dependen. Variabel independen yang berpengaruh terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan adalah variabel desentralisasi fiskal yang diukur melalui sisi realisasi pengeluaran.

Selain menggunakan variabel desentralisasi fiskal, digunakan pula variabel kontrol untuk mengukur *outcomes* bidang kesehatan sebagai berikut :

1. PDRB per kapita
2. Pelayanan kesehatan
3. Sumberdaya kesehatan

Variabel kontrol yang digunakan untuk mengukur *outcomes* bidang pendidikan adalah :

1. PDRB per kapita
2. Rasio murid per-guru
3. Jumlah tenaga pengajar

Penggunaan variabel kontrol seperti yang telah disebutkan bertujuan agar pengaruh desentralisasi fiskal dapat juga dilihat secara bersama-sama dengan variabel lain dalam peranannya terhadap *outcomes* bidang kesehatan dan pendidikan.

### **3.1.2 Definisi Operasional Variabel**

Definisi operasional untuk masing-masing variabel adalah sebagai berikut:

1. Desentralisasi fiskal (DF)

Desentralisasi fiskal diukur menggunakan indikator realisasi pengeluaran, yaitu merupakan rasio total pengeluaran pemerintah daerah terhadap pemerintah provinsi. Indikator ini juga digunakan dalam penelitian Zhang dan Zou (1996), Robalino (2001) dan Uchimura (2007). Satuan hitung yang digunakan dalam variabel desentralisasi fiskal adalah persen.

2. PDRB per kapita

PDRB per kapita merupakan jumlah PDRB suatu kabupaten/kota dibagi dengan jumlah penduduk pada pertengahan tahun di kabupaten/kota yang sama (Ahmad, 2011). PDRB yang digunakan ialah PDRB berdasarkan harga berlaku, agar data PDRB dapat

mencerminkan pendapatan kotor masyarakat yang sesungguhnya karena telah memasukkan unsur inflasi didalamnya. Satuan hitung untuk variabel PDRB per kapita adalah satuan rupiah.

3. Angka kematian balita (AKABA)

Angka kematian balita merupakan pembagian antara jumlah anak berumur <5 tahun yang meninggal di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun dengan jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama. Satuan hitung yang digunakan dalam variabel AKABA adalah per 1.000 kelahiran hidup.

4. Pelayanan kesehatan (PPT)

Pelayanan kesehatan diukur melalui persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan diproksi dengan rasio antara jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah selama satu tahun dengan jumlah persalinan yang terjadi di wilayah dan pada tahun yang sama. Satuan hitung yang digunakan dalam variabel ini adalah persen.

5. Sumberdaya kesehatan (RDP)

Sumberdaya kesehatan diukur melalui rasio dokter per-100.000 penduduk. Dokter yang dimaksud di sini adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan). Dalam penelitian ini rasio dokter per-100.000 diproksi dengan rasio antara jumlah dokter yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah dengan jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama.

Satuan hitung yang digunakan untuk menggambarkan variabel ini adalah per 100.000 penduduk.

6. Angka partisipasi murni (APM)

Angka partisipasi murni digunakan untuk mengukur proporsi anak yang bersekolah tepat pada waktunya. Angka partisipasi murni dalam penelitian ini diproksi dengan rasio antara jumlah murid usia sekolah di jenjang pendidikan tertentu dengan jumlah penduduk kelompok usia tertentu. Angka partisipasi murni yang dipakai dalam penelitian ini adalah angka partisipasi murni SD/MI (APM SD/MI). Satuan hitung untuk variabel APM SD/MI adalah persen.

7. Rasio murid per guru (RMG)

Rasio murid per guru digunakan untuk menggambarkan beban kerja seorang guru dalam mengajar serta berguna untuk melihat mutu pengajaran di kelas. Rasio murid per guru merupakan rasio antara jumlah murid yang terdaftar di suatu tingkat pendidikan pada tahun ajaran tertentu dengan jumlah guru yang terdaftar di suatu tingkat pendidikan pada tahun ajaran tertentu. Rasio murid per guru dinyatakan dalam satuan hitung per-orang (setiap orang guru).

8. Jumlah tenaga pengajar (GMI)

Jumlah tenaga pengajar dicerminkan melalui jumlah guru yang berada di SD/MI, mengingat guru sebagai input yang penting di sektor pendidikan guna meningkatkan mutu murid yang diajar. Satuan yang digunakan untuk variabel ini adalah orang guru.

### 3.2 Jenis dan Sumber Data

#### 3.2.1 Jenis Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dalam bentuk data sudah jadi atau dikumpulkan dari sumber lain serta diperoleh dari pihak lain. Jenis data yang digunakan adalah data kuantitatif yang didalamnya berisi gabungan data runtun waktu (*time series*) dengan data antar daerah (*cross section*) atau disebut data panel (*panel data*). Dalam penelitian ini menggunakan data dari periode 2007 sampai 2010 yang terdiri dari 29 kabupaten dan 6 kota di Provinsi Jawa Tengah. Sumber data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dalam bentuk data sudah jadi atau dikumpulkan dari sumber lain serta diperoleh dari pihak lain, seperti :

- a) PDRB per kapita atas dasar harga berlaku kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2010.
- b) Realisasi belanja kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2010.
- c) Angka kematian balita kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2010.
- d) Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menurut kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2010.
- e) Rasio dokter per-1.000 penduduk menurut kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2010.
- f) Angka partisipasi murni SD/MI kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2010.

g) Rasio murid per guru SD/MI kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah tahun 2007-2010.

h) Jumlah Guru SD/MI kabupaten/kota Provinsi Jawa Tengah 2007-2010.

### **3.2.2 Sumber Data**

Sumber data yang diperoleh untuk penelitian ini berasal dari Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, BPS Provinsi Jawa Tengah, Biro keuangan Provinsi Jawa Tengah serta literatur maupun buku-buku yang berkaitan dengan penelitian ini, selain itu juga melalui portal Direktorat Jendra Perimbangan Keuangan (DJPK) Departemen Keuangan Republik Indonesia di [www.djpk.depkeu.go.id](http://www.djpk.depkeu.go.id).

### **3.3 Metode Pengumpulan Data**

Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dan informasi yang berkaitan dengan masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah menggunakan metode dokumentasi. Metode dokumentasi adalah pengumpulan data dan informasi dengan cara mempelajari buku-buku terbitan pemerintah Provinsi Jawa Tengah, BPS, instansi terkait, dokumen, arsip, jurnal dan artikel yang berkaitan dengan masalah yang diangkat dalam penelitian ini. Data-data tersebut diperoleh melalui perpustakaan dan *browsing* internet.

### **3.4 Metode Analisis**

#### **3.4.1 Alat Analisis**

Untuk mencapai tujuan penelitian yang telah diidentifikasi dibagian sebelumnya, maka penelitian ini akan menggunakan model ekonometrika berdasarkan modifikasi dari model ekonometrika yang dibangun oleh Uchimura

(2007) dan Pena (2007). Model-model tersebut dapat diformulasikan sebagai berikut :

$$H_{it} = \alpha + \beta_1 X_{it} + \beta_2 Z_{it} + u_{it} \dots\dots\dots(3.1)$$

$$E_{it} = \alpha + \beta_1 X_{it} + \beta_2 Z_{it} + u_{it} \dots\dots\dots(3.2)$$

Dimana :

$H$  = Indikator *outcomes* kesehatan

$E$  = Indikator *outcomes* pendidikan

$X$  = Indikator desentralisasi fiskal

$Z$  = Variabel kontrol

$u$  = error

$i$  = daerah

$t$  = waktu

Dari model estimasi dasar tersebut, maka dapat dikembangkan model untuk mengukur pengaruh desentralisasi fiskal terhadap bidang kesehatan dan pendidikan sebagai berikut :

#### 1. Kesehatan

##### **Persamaan 1: Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Kematian Balita**

$$AKABA_{it} = \alpha + \beta_1 DES_{it} + \beta_2 PDRB + \beta_3 PPT + \beta_4 RDP + u_{it} \dots\dots\dots(3.3)$$

Keterangan :

$AKABA$  = Angka kematian balita

$DES$  = Desentralisasi fiskal

$PDRB$  = Produk domestik regional bruto per-kapita



$PPT$  = Persentase pertolongan tenaga kesehatan

$RDP$  = Rasio dokter per-100.000 penduduk

$u$  = error

## 2. Pendidikan

### **Persamaan 2: Pengaruh Desentralisasi Fiskal terhadap Angka Partisipasi Murni SD/MI**

$$APMSD_{it} = \alpha + \beta_1 DES_{it} + \beta_2 PDRB + \beta_3 RMGSD + \beta_4 GMISD + u_{it} \dots \dots \dots (3.4)$$

Keterangan :

$APMSD$  = Angka partisipasi murni SD/MI

$DES$  = Desentralisasi fiskal

$PDRB$  = Produk domestik regional bruto per-kapita

$RMG$  = Rasio murid per guru SD/MI

$GMI$  = Jumlah tenaga pengajar

$u$  = error

Untuk menghindari terjadinya masalah-masalah yang sering timbul karena terdapat perbedaan satuan diantara variabel-variabel dan untuk mendapatkan varians data yang lebih baik (*smooth*), maka persamaan struktural 1 dan 2 dibuat dengan model logaritma (natural). Ghozali (2006) mengatakan bahwa salah satu alasan pemilihan model *logaritma natural* adalah untuk mendekatkan skala data. Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk *semi-log*, sehingga persamaan 1 dan 2 menjadi sebagai berikut :

$$AKABA_{it} = \alpha + \beta_1 DES_{it} + \beta_2 LNPDRB + \beta_3 PPT + \beta_4 LNRDP + u_{it} \dots \dots \dots (3.5)$$

$$LNAPMSD_{it} = \alpha + \beta_1 DES_{it} + \beta_2 LNPDRB + \beta_3 LNRMG + \beta_4 GMISD + u_{it} \dots \dots \dots (3.6)$$

Untuk menganalisis model yang telah disusun, dimana fokus analisis regresi dengan data panel. Data panel merupakan kombinasi data runtut waktu dan silang tempat yang diperkenalkan oleh Howles pada tahun 1950 (Kuncoro, 2004). Gujarati dan Porter (2009) menerangkan bahwa terdapat beberapa teknik estimasi yang dapat digunakan berkaitan dengan penggunaan data panel, yaitu *pooled OLS model (ordinary least square)* atau dikenal juga sebagai *common effect*, *fixed effects model (FEM)*, *random effect model (REM)*. Hasil terbaik dari ketiga pendekatan teknik estimasi tersebut dipilih berdasarkan kriteria bebas penyimpangan asumsi klasik setelah dilakukan estimasi data panel. Selain itu, untuk memilih model yang tepat, Widarjono (dalam Zulyanto, 2010) memberikan saran beberapa uji yang perlu dilakukan. *Pertama Redundant fixed effects tests* untuk mengetahui apakah teknik regresi data panel dengan *fixed effect* lebih baik dari model regresi dengan OLS. *Kedua* uji Hausman untuk menentukan tehnik analisis terbaik antara FEM dan REM dalam model persamaan regresi.

### **3.4.2 Common Effect**

*Common effect* pada dasarnya sama dengan metode OLS (*ordinary least square*) hanya terdapat perbedaan pada data yang digunakan dalam metode *common effect* berupa data panel. Dalam pendekatan menggunakan metode ini tidak memperlihatkan dimensi inidividu maupun waktu. Diasumsikan bahwa perilaku data sama dalam berbagai kurun waktu. Olehkarena itu, penggunaan *common effect* merupakan metode yang paling sederhana.

### 3.4.3 *Fixed Effect Model (FEM)*

Metode dengan pendekatan *fixed effect model* berfungsi untuk menangkap variasi yang unik dalam suatu intersep yang bervariasi dari suatu tempat ketempat lain maupun dalam waktu. Bentuk model dari *fixed effect* biasanya disebut dengan LSDV (*least square dummy variable*). Gujarati (2009) menjelaskan bahwa estimasi model regresi data panel dengan pendekatan *fixed effect* tergantung pada asumsi yang dibuat tentang intersep, koefisien slope dan residualnya, dimana terdapat beberapa kemungkinan asumsi yaitu :

- a. Intersep dan koefisien slope adalah konstan antar waktu dan individu, perbedaan intersep dan koefisien slope dijelaskan oleh residual.
- b. Koefisien slope konstan dan intersep bervariasi antar individu
- c. Koefisien slope konstan dan intersep bervariasi antar individu dan waktu
- d. Koefisien slope dan intersep bervariasi antar individu
- e. Koefisien slope dan intersep bervariasi antar individu dan waktu.

### 3.4.4 *Random Effect Model (REM)*

*Random effect model* atau model efek acak digunakan untuk mengatasi kelemahan pada model efek tetap (LSDV) dengan penggunaan variabel semu yang mengakibatkan pada berkurangnya derajat kebebasan (*degree of freedom*), sehingga model mengalami ketidakpastian.

Model ini menggunakan kesalahan random dalam ruang, waktu dan kesalahan random yang tidak unik terhadap ruang dan waktu namun masih random dalam terhadap model regresi dalam menurunkan estimasi yang efisien dan tidak bias. Model ini memiliki keunggulan, seperti tidak diperlukannya

asumsi mengenai varians yang harus ditetapkan. Namun tidak luput juga dari kelemahan, seperti model ini diatur oleh kesalahan random sehingga kesalahan harus dimodelkan secara akurat.

#### 3.4.5 *Redundant Fixed Effects Tests*

*Redundant fixed effects tests* digunakan untuk menentukan apakah FEM lebih baik dari *common effect* sebagai model yang paling sesuai untuk analisis data panel. Adapun kaidah keputusan dalam *Redundant fixed effects tests* adalah sebagai berikut.

$H_0$  : *Common Effect*

$H_1$  : *Fixed Effect Model*

Penggunaan Chi square dalam hal ini berfungsi sebagai dasar penolakan hipotesis nol. Jika hasil dari uji F signifikan (probabilitas dari  $F < \alpha$ ) maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima, artinya model yang digunakan ialah FEM.

#### 3.4.6 Uji Hausman

Keputusan dalam penggunaan FEM maupun REM ditentukan dengan menggunakan spesifikasi yang dikembangkan oleh Hausman. Hausman menjelaskan bahwa spesifikasi yang dikembangkannya akan memberikan penilaian dengan menggunakan nilai chi square, sehingga keputusan dalam memilih model dapat ditentukan secara statistik. Penggunaan model FEM mengandung unsur *trade off*, yaitu hilangnya derajat kebebasan (*degree of freedom*) dengan memasukkan variabel *dummy*. Hipotesis dalam pengujian ini adalah :

$$H_0 = \text{REM}$$

$$H_1 = \text{FEM}$$

Penggunaan Chi square dalam hal ini berfungsi sebagai dasar penolakan hipotesis nol. Jika hasil dari uji Hausman signifikan (probabilitas dari Hausman  $< \alpha$ ) maka  $H_0$  ditolak, artinya model yang digunakan ialah FEM.

### 3.4.7 Deteksi Penyimpangan Asumsi Klasik

#### 3.4.7.1 Deteksi Heteroskedastisitas

Asumsi penting dari model linier klasik adalah varians dari setiap faktor gangguan  $u_i$ , kondisional terhadap variabel penjelas yang dipilih, adalah suatu angka konstan tertentu yang setara dengan  $\sigma^2$  (Gujarati, 2009), yang merupakan asumsi dari homoskedastisitas, atau dengan kata lain varians dari residual adalah sama. Jika hal tersebut tidak dipenuhi (variens dari residual tidak sama), maka akan muncul permasalahan yang disebut heteroskedastisitas. Heteroskedastisitas membawa konsekuensi terhadap penaksir (*estimator*) dalam model regresi yang diperoleh tidak efisien, baik dalam sampel kecil maupun besar. Hal ini disebabkan oleh variansnya tidak efisien atau tidak minimum (Algifari, 2000).

Dalam penelitian ini digunakan Uji White untuk menguji ada tidaknya heteroskedastisitas. Secara manual Uji White dilakukan dengan meregres residual kuadrat dengan variabel bebas. Setelah itu didapatkan nilai  $R^2$  untuk menghitung  $\chi^2$  (Chi-Square), dimana  $\chi^2 = n \cdot R^2$ . Pengujiannya adalah jika  $\chi^2$  hitung  $< \chi^2$  tabel, maka hipotesis alternatif adanya heteroskedastisitas dalam model ditolak (Gujarati, dalam Prasetya 2009). Uji White dapat menjelaskan apabila nilai probabilitas Obs\*Rsquare lebih kecil dari  $\alpha$  (5%) maka data bersifat

heteroskedastisitas begitu pula sebaliknya. Adanya heteroskedastisitas juga dapat diketahui menggunakan metode grafik melalui *scatterplot*, apabila grafik dalam *scatterplot* tidak membentuk pola tertentu seperti meningkat atau menurun, maka keadaan homoskedastisitas terpenuhi. Apabila terdapat masalah heteroskedastisitas didalam model, Gujarati (2009) mengatakan bahwa dapat menggunakan kaidah *generalized least squares* (GLS) dan *white's heteroscedasticity-consistent variances and standard errors*. Kaidah ini akan menghasilkan *standard errors* yang bebas dari permasalahan heteroskedastisitas. Selain itu, Gujarati (2009) mengatakan bahwa penggunaan GLS lebih bagus untuk sampel yang besar, dalam hal ini disebutkan bahwa sampel besar memiliki jumlah observasi lebih dari 50.

#### 3.4.7.2 Deteksi Autokorelasi

Deteksi Autokorelasi ini digunakan untuk menguji apakah dalam model regresi linier terdapat hubungan antara nilai residual pada periode  $t$  dengan nilai residual pada periode  $t-1$  (sebelumnya). Jika terdapat hubungan antara residual antara tahun  $t$  dengan  $t-1$ , maka hal tersebut menandakan adanya autokorelasi (Prasetya, 2009). Konsekuensi adanya autokorelasi dalam model regresi adalah varians sampel tidak dapat menggambarkan varians populasinya. Lebih jauh lagi, model regresi yang dihasilkan tidak dapat digunakan untuk menaksir nilai variabel dependen pada nilai variabel independen tertentu.

Untuk mendiagnosis ada tidaknya autokorelasi, dapat dilakukan pengujian terhadap nilai koefisien *Durbin-Watson* (Uji DW) dengan nilai koefisien *Durbin-Watson* tabel. Jika nilai koefisien *Durbin-Watson* hitung berada diantara  $D_u$  dan

4- $D_u$  maka dapat dikatakan tidak ada autokorelasi. Adapun pengelompokkan nilai koefisien *Durbin-Watson* adalah sebagai berikut.

		Zona Keragu- raguan		Zona Keragu- raguan	
Autokorelasi (+)			Tidak terdapat autokorelasi		Autokorelasi (-)
0	dL	dU	4-dU	4-dL	4

Sumber: Winamo, dalam Rusydi, 2010

### 3.4.7.3 Deteksi Multikolinearitas

Multikolinearitas ialah adanya hubungan yang sempurna atau mendekati sempurna (koefisien korelasinya tinggi atau bahkan 1) antarvariabel independen yang terdapat dalam model (Algifari, 2000). Model regresi yang baik adalah tidak terjadi korelasi antar variabel independen. Konsekuensi dari adanya autokorelasi ialah kesalahan standar estimasi akan cenderung meningkat dengan bertambahnya variabel independen, tingkat signifikansi yang digunakan untuk menolak hipotesis nol akan semakin besar, dan probabilitas menerima hipotesis yang salah (kesalahan  $\beta$ ) juga akan semakin besar. Hal tersebut mengakibatkan model regresi yang diperoleh tidak valid untuk menaksir nilai variabel independen.

Adanya multikolinearitas dapat dideteksi dengan melihat koefisien korelasi antar variabel. Apabila tidak ada yang mendekati angka 1 maka dapat dikatakan tidak terdapat multikolinearitas sempurna atau apabila koefisien

korelasi antar variabel independen melebihi 0.80 maka dapat dikatakan terjadi masalah multikolinearitas.

#### 3.4.7.4 Deteksi Normalitas

Salah satu asumsi dalam penerapan untuk OLS dalam regresi linier klasik adalah distribusi probabilitas dari residual  $u_t$  memiliki rata-rata yang diharapkan sama dengan nol, tidak berkorelasi dan memiliki varian yang konstan. Uji normalitas berguna untuk mengetahui apakah data yang digunakan mempunyai distribusi normal atau tidak, karena hal tersebut dapat menunjukkan data yang baik. Apabila asumsi ini dilanggar maka uji statistic menjadi tidak berlaku (Ghozali, 2006)

Terdapat beberapa metode yang digunakan untuk mengetahui normal atau tidaknya distribusi residual. Metode tersebut antara lain *Jarque-Bera Test* (J-B Test) dan metode grafik. Penelitian ini menggunakan metode J-B Test, apabila nilai J-B hitung  $<$  nilai  $\chi^2$  (*Chi-Square*) tabel, maka nilai residual terdistribusi normal.

### 3.5 Metode Pengujian Hipotesis

Pengujian hipotesis dapat dilakukan setelah model dikatakan bebas dari penyimpangan asumsi klasik. Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji signifikansi. Uji signifikansi merupakan sebuah prosedur, dimana hasil sampel digunakan untuk membuktikan kebenaran atau kesalahan dari hipotesis nol (Gujarati, 2010). Uji signifikansi dilakukan baik pengujian secara keseluruhan (uji F) maupun pengujian secara parsial (uji t) serta pengujian koefisien determinasi ( $R^2$ ).



### 3.5.1 Uji Keseluruhan (F-Stat)

Uji F Statistik digunakan untuk menunjukkan apakah semua variabel bebas yang dimasukkan dalam model mempunyai pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Hipotesis yang digunakan dalam pengujian ini adalah :

- a.  $H_0$  : semua koefisien slope secara simultan sama dengan nol
- b.  $H_1$  : tidak semua koefisien slope secara simultan sama dengan nol

Pada tingkat signifikansi ( $\alpha$ ) 5%, kriteria pengujian yang digunakan sebagai berikut :

- a. Jika  $F_{hitung} < F_{tabel}$  atau jika probabilitas  $F_{hitung} >$  tingkat 0,05 maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak , artinya variabel independen secara serentak atau bersama-sama tidak mempengaruhi variabel dependen secara signifikan.
- b. Jika  $F_{hitung} > F_{tabel}$  atau jika probabilitas  $F_{hitung} <$  tingkat 0,05 maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima , artinya variabel independen secara serentak atau bersama-sama mempengaruhi variabel dependen secara signifikan.

### 3.5.2 Uji Parsial (t-Stat)

Uji parsial digunakan untuk menunjukkan seberapa jauh satu variabel independen secara individual terhadap variabel dependen dengan menganggap variabel lain memiliki sifat konstan. Dalam hal ini dapat ditetapkan hipotesis sebagai berikut :

$$\begin{aligned} H_0 : \beta_i &= 0 \\ H_1 : 1. \beta_i &< 0 \\ &2. \beta_i > 0 \end{aligned}$$

Pada tingkat signifikansi ( $\alpha$ ) 5% , kriteria pengujian yang digunakan sebagai berikut :

- a. Jika  $t_{hitung} < t_{tabel}$  atau jika probabilitas F-hitung  $>$  tingkat 0,05 maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, artinya salah satu variabel independen tidak mempengaruhi variabel dependen.
- b. Jika  $t_{hitung} > t_{tabel}$  atau jika probabilitas F-hitung  $<$  tingkat 0,05 maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima, artinya salah satu variabel independen mempengaruhi variabel dependen.

### 3.5.3 Interpretasi Hasil ( $R^2$ )

Koefisien determinasi  $R^2$  untuk mengukur *goodness of fit* (kesesuaian) dari persamaan regresi, dimana nilai tersebut menyatakan proporsi atau persentase dari total variasi variabel dependen Y yang dapat dijelaskan oleh variabel penjelas (tunggal) X. Nilai koefisien determinasi terletak diantara 0 dan 1 ( $0 < R^2 < 1$ ), jika memiliki nilai 1 berarti garis regresi dapat menjelaskan 100% variasi pada variabel Y. Jika memiliki nilai 0, model regresi tersebut tidak dapat menjelaskan variasi sedikitpun pada variabel Y (dependen). Jadi nilai  $R^2$  dikatakan baik jika mendekati 1 (Gujarati, 2009).